Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Marburg
Direktor: Professor Dr. E. Kretschmer

KONSTITUTIONELLE RETARDIERUNG UND NEUROSEN

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DES DOKTORGRADES
IN DER GESAMTEN MEDIZIN DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER
PHILIPPS-UNIVERSITÄT ZU MARBURG

vorgelegt von

LISELOTTE DIEKMANN
aus Ahlen (Westfalen)

MARBURG
BUCHDRUCKEREI HERMANN BAUER
1942

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg am 11. 6. 1942

Referent: Professor Dr. Kretschmer

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Einleitung.

Das Problem der Neurose-Entstehung ist im Laufe der wechselnden Forschungsrichtungen in der Medizin von verschiedenen Seiten zu klären versucht worden.

Die Griechen bezeichneten die älteste uns bekannte Störung seelischen Lebens mit dem Worte „Hystera" (Gebärmutter) und dokumentierten damit ihre Auffassung von der beherrschenden Wirkung eines Organs der Sexualsphäre auf die gesamte Psyche. In der Humoralpathologie des ausgehenden Mittelalters (Paracelsus) suchte man die Ursache seelischer Störungen in einer fehlerhaften Zusammensetzung der kreisenden Körpersäfte und kam damit der Auffassung, zu der wir heute neigen, weitgehend nahe. Als dann in den nachfolgenden Jahrhunderten die Anatomie ihre beherrschende Stellung in der Medizin errang, verlegte man — von Beobachtungen bei Verletzungen der Hirnmasse ausgehend (Wernicke) — die Störungsursache des Seelenlebens ins Gehirn und versuchte für alle psychischen Erkrankungen ein anatomisch-pathologisches Substrat zu finden. Dies gelang für verschiedene vorher als Neurosen angesehene Krankheitsbilder, und infolgedessen engte sich der Begriff der Neurose immer mehr ein. Nachdem man auf diesem Wege nicht für alle krankhaften psychischen Erscheinungen eine körperliche Grundlage fand, versuchte man, nunmehr vom Psychischen ausgehend, Klärung zu bringen. Die psychoanalytischen Schulen machten „verdrängte Komplexe" der Sexualsphäre (Freud), „Ueberkompensation von Minderwertigkeitsgefühlen" (Adler) für viele seelische Störungen verantwortlich. Sie vergaßen bei der Ueberbewertung des Erlebnisses den Menschen als Ganzes und mußten so in wichtigen Punkten einer biologischen Auffassung, die das körperlich-seelische Geschehen als eine innige Wechselwirkung ansieht, weichen.

Durch das Studium der Physiologie und Pathologie der Drüsen mit innerer Sekretion wurden dann chemische Substanzen zusammen mit veränderter nervöser Regulation als pathogenetisch ausschlaggebend für manche psychophysische Veränderungen gefunden. Ferner hatte sich rein empirisch erwiesen, daß zu Zeiten „hormonaler Unruhe" (Pubertät und Klimakterium) psychotische Zustände sich häuften. Immer mehr haben sich dann chemische Vorgänge in unserem Organismus, speziell die der endokrinen Drüsen, als Mittelpunkt der verschiedensten normalphysiologischen und pathophysiologischen Vorgänge erwiesen. (Wachstum-Pubertät-Involution einschl. Frühkastration-Krankheitsbilder von Dysfunktionen endokriner Drüsen).

Im Folgenden wollen wir uns nun nicht mit groben inkretorischen

Dysfunktionen, sondern mit feinen Abweichungen von der Norm befassen, die nur dem konstitutionsbiologisch geschulten Auge auffallen. Sie sind bedingt durch psychophysische Reifungsstörungen, am häufigsten durch eine verzögerte Entwicklung des gesamten Organismus mit Einschluß des inkretorischen Systems. Diese verzögerte körperliche und psychische Entwicklung bezeichnen wir als Retardierung (Kretschmer).

Wenn auch in unvollständiger Zahl und wechselnder Zusammensetzung, so finden wir doch immer wieder bestimmte Zeichen von Reifungsstörungen, besonders auch von Retardierung. Es weisen körpermorphologisch darauf hin z. B. gewisse Hypoplasien im Körperbau: schlecht abgesetzte Nasenwurzel, amorphe Nase, zurückliegende Infraorbitalbögen, geraffte Oberlippe, intersexe und eunuchoide Abweichungen im Maßverhältnis von Hüft- zu Brustumfang, von Extremitäten- zu Körperlänge, Akromikrie, vor allem auch Zurückbleiben der sekundären Geschlechtscharaktere, speziell der Terminalbehaarung und lokale Genitalhypoplasien. Dazu treten Unregelmäßigkeiten im zeitlichen Ablauf der Reifungsvorgänge: verfrühter oder verspäteter Eintritt der Menarche (auch Verfrühung weist auf unebenmäßige Reifung hin), der ersten Erektion, des Mutierens der Stimme. Psychisch beobachten wir vor allem Zurückbleiben oder Störung in der Entwicklung des Sexuallebens, Interesselosigkeit oder Ambivalenzen dem anderen Geschlecht gegenüber, Schwierigkeiten bei der Ablösung von den Eltern oder Geschwistern. Die dadurch hervorgerufenen ambivalenten Spannungen führen dann häufig zu Anpassungsschwierigkeiten im Lebensraum.

Es erscheint notwendig, die Gruppe der partiell Retardierten nach zwei Richtungen hin zu begrenzen, nach denen aber naturgemäß fließende Uebergänge bestehen: das ist einmal der reine Infantilismus, zum anderen der Schwachsinn.

Die Formen des reinen Infantilismus zeigen eine allgemeine, durch die gesamte körperliche und seelische Struktur einheitlich zu verfolgende totale Entwicklungshemmung. Sie imponieren äußerlich als wohlproportionierte Menschen und so finden wir sie auch seelisch weitgehend ausgeglichen. Zwar werden sie sich hin und wieder ihrer Ausnahmestellung unter Erwachsenen wie Kindern bewußt, aber in eine ernste Konfliktslage werden sie dadurch nicht getrieben, da innere Ambivalenzen fehlen. Aehnliches gilt für den Schwachsinnigen, der durch seine mangelnden intellektuellen Fähigkeiten nicht zur Einsicht seines Defektes gelangt und daher „in seiner Welt" ein Leben für sich führt.

Ganz anders gestaltet sich die Situation für die nur in einzelnen Teilen ihrer Entwicklung gehemmten Persönlichkeiten. Schon äußerlich ist das Nebeneinander von ausgereiften und unausgereiften Einzelstigmen augenfällig. Seelisch finden wir ebenfalls neben vollentwickelten Qualitäten teilgehemmte Komponenten. Dieser Zwiespalt führt nun bei situativ bedingten Schwierigkeiten (und zwar

charakteristischerweise fast immer in ähnlichen Lagen wie Verlobung, erste Bewährung außerhalb des Elternhauses u. ä.) zu einem Kampf, in dem ausgereifte und unausgereifte Teile der Gesamtkonstitution sich gegenüberstehen. Der dem Alter entsprechend entwickelte Bestandteil der Persönlichkeit möchte die ihm zukommenden Leistungen vollbringen. Er wird aber gebremst durch den weniger entwickelten und so versagt dieser Mensch, uneins in sich und zu keiner klaren, bewußten Stellungnahme gelangend, im entscheidenden Augenblick. Es ergeben sich so aus diesen Diskrepanzen charakteristische Konfliktslagen, sowohl innerhalb der Gesamtpersönlichkeit als auch gegenüber dem Lebensraum, die schließlich zur Neurosebildung führen.

Unsere Untersuchung begrenzt sich in dieser Arbeit auf diejenigen psychischen Störungen, die nicht den Grad einer Psychose erreichen, unter Ausschluß der einfachen, kurzen Primitivreaktionen und des großen, mehr diffusen und konstitutionell wenig prägnanten Gebietes der Rentenneurosen. Bei den so begrenzten „Neurosen im engeren Sinne" hat sich rein empirisch die konstitutionelle Retardierung „als eines der zentralen Persönlichkeitsprobleme" (Kretschmer) ergeben.

In einer Dissertation, die das neue Diagnosenschema der Marburger Universitäts-Nervenklinik behandelt, ist als Beweis seiner klinischen Verwendbarkeit eben die Gruppe der „Neurosen im engeren Sinne" herangezogen und auf konstitutionelle Stigmen durchsucht worden. Es handelt sich da um den Jahrgang 1938/39. Zusammen mit den Ergebnissen des Jahres 1939/40 läßt sich für diese Gruppe folgendes sagen: der größte Teil der Neurosefälle weist Retardierungsmerkmale von der Pubertätszeit auf, viele Neurosen erscheinen ferner durch Frühkastration, bezw. Involution bedingt, einige haben deutliche Zeichen endokriner Labilität und nur wenige sind frei von endokrinen oder allgemeinen Reifungs-Stigmen.

Es sollen nun zunächst einige statistische Angaben folgen, an die sich klinisch-kasuistisches Material anschließen wird.

Statistischer Teil.

Es handelt sich um statistisch reines, unausgelesenes Material, und zwar um die als „Neurosen im engeren Sinne“ zusammengefaßte Gruppe von Patientinnen der Jahrgänge 1938/39 und 1939/40 der Universitäts-Nervenklinik Marburg.

Diese Gruppe wurde auf Entwicklungsstörungen: Retardierungen im engsten und weiteren Sinne, auf sonstige Entwicklungsunebenmäßigkeiten und endokrine Stigmen durchgesehen.

Unter Retardierungen im engsten Sinne verstehen wir die speziellen Reifungshemmungen der Sexualkonstitution. Sie manifestieren sich in Störungen des Verhältnisses zwischen Primär- und Sekundärbehaarung, Genitalhypoplasie, Hemmung im zeitlichen Eintritt der sekundären Geschlechtscharaktere und der einzelnen Sexualfunktionen, Unebenmäßigkeiten in ihrem Verlauf, verspäteter Mutation der Stimme u. ä.

Hier sei gleich ein Sondertypus seiner prägnanten konstitutionellen Eigenart wegen hervorgehoben. Er weist körperlich schwerste Retardierung auf, gehäufte Hypoplasien, Lanugo am ganzen Körper, Mangel an Gewebsturgor, extreme Magerkeit („Rührlöffelärmchen“), alle Gewebe: das gesamte Binde- und Stützgewebe, Muskulatur und Skelett, sind in ihrer Entwicklung, vor allem auch in ihrem Dickenwachstum, schwer gehemmt und von einer eigenartigen Saftlosigkeit und kümmerlichen Trockenheit.

Unter den Retardierungen im weiteren Sinne verstehen wir: allgemeinere Wuchsstörungen wie lokale (spezielle) Hypoplasien, besonders im Mittelgesicht, gering ausgebildeter knöcherner Infraorbitalbogen, geraffte Oberlippe, verkürzte, amorphe Nase, fliehendes Kinn (Winkelprofil), an den Extremitäten Akromikrie u. ä.

Wir dürfen hier nicht unerwähnt lassen, daß auffallend häufig diese Retardierungsstigmen sich mit intersexen Merkmalen kombinieren (Maskulinismen bei Frauen, Feminismen bei Männern). Ebenso sind eunuchoide Einzelstigmen (als Ausdruck einer gewissen Keimdrüsenschwäche) häufig.

An endokrinen Stigmen finden wir in unserem Material leichte Schilddrüsensymptome, geringe Störung der Funktion der Nebenniere, der Hypophyse usw. mit Einschluß der durch Frühkastration und Involution endokrin labil gewordenen Patientinnen. Es ist bezeichnend, daß es sich durchweg um abortive Symptome, um leichte endokrine Variantenbildungen handelt, während grobe Blutdrüsenerkrankungen sich nicht in dieser Gruppe befinden.

Bei der Durcharbeitung des Neurose-Materials nach den vorstehenden Gesichtspunkten ergab sich folgendes:

Tabelle 1:

	39/40	38/39
Neurosen im engeren Sinn	38	39
davon mit Entwicklungsstörungen und endokrinen Stigmen	33	31
ohne Entwicklungsstörungen und endokrine Stigmen	5	8

Es liegt also ein fast gleiches Zahlenmaterial von „Neurosen im engeren Sinne" aus zwei Jahrgängen vor, von denen 83,17% der Fälle erfaßbare Entwicklungsstörungen und endokrine Stigmen aufweisen.

Versucht man nun, aus der Gruppe der „Entwicklungsstörungen und endokrine Stigmen" diejenigen mit den oben beschriebenen Retardierungsstigmen und Entwicklungsunebenmäßigkeiten herauszuziehen, so stellt sich heraus, daß ihre Zahl annähernd so groß ist, wie die aller sonstigen endokrin nicht gut ausbalanzierten Patientinnen zusammen:

Tabelle 2:

	39/40	38/39
Retardierungen und Entwicklungsunebenmäßigkeiten	18	15
endokrine Schwankungen und Abortivformen	15	16

Nunmehr soll die gesamte Gruppe der engeren Neurosen des Jahrganges 1939/40 in kurzen, stichwortartigen Einzelangaben aufgeführt werden. Die Angaben sind den Krankenblättern und Konstitutionsbögen entnommen. Die Aufstellung ist entsprechend den tabellarisch bereits mitgeteilten Gruppen angelegt und beginnt mit denjenigen Patientinnen, die wir als „retardiert" bezeichnen. Als Retardierungsstigmen sind die Terminalbehaarungsstörungen als besonders auffällig und für die Reifungsvorgänge äußerst aufschlußreich zuerst angegeben. Dann folgt eine Aufstellung von charakteristischen Hypoplasien. Daran anschließend ist der Eintritt der Menarche angegeben. Eine kurze Zusammenfassung der Krankengeschichte skizziert die Patientin psychisch.

Tab. 3 (s. Beilage).

Die beiden letzten Fälle von Tab. 3 verdienen besonders hervorgehoben zu werden, da bei unverkennbarer Hemmung der psychischen Sexualentwicklung keine Stigmata einer verzögerten körperlichen Entwicklung nachweisbar sind. Es handelt sich hier also um rein psychische Retardierung.

In einer kurzen Tabelle seien die Retardierungsstigmen und sonstigen Reifungsstörungen zahlenmäßig zusammengefaßt. (Die Fragezeichen stehen für Lücken in den Konstitutionsbögen).

Bei 18 Fällen von Retardierung fanden wir:

Tabelle 4:

Terminalbehaarungsstörungen	13 mal	3?
Hypoplasien	11 mal	5?
Menarche (13—15 J. als Norm)		1?
verspätet	4 mal	
verfrüht	3 mal	
normal	10 mal	
keine körperlichen Stigmate	2 mal	

In Tab. 5 (s. Beilage) sind diejenigen Patientinnen angeführt, bei denen wir endokrine Stigmen fanden (thyreotoxische, hypophysäre u. a. Einzelstigmen, einschließlich Frühkastration und klimakterischen Schwankungen.

Bei den Patientinnen der Tab. 6 (s. Beilage) fanden wir weder Zeichen eines gestörten Entwicklungsablaufes, noch Stigmen einer endokrinen Labilität.

								suffizienzgefühl, Heiratswunsch.
11. Ma.Vo., 51 J. Verkäuferin 19.8.-22.8.39	Psych-asthenie	Leptosom m. starken Hypoplasien	Rumpf u. Extrem. völlig unbehaart	kümmerl. Mittelgesicht, vir. Hände, k.Extr.	14	145/44	Schmerzen in allen Gliedern, taubes Gefühl in Armen u. Beinen, bes. morgens. Seit 1933 Rente. Nie von zuhause fortgewesen, in Geschäft u. Haushalt geholfen.
12. Li. Vö., 37 J. Hausangestellte 16.6.-23.6.39	Neurot. Beschw.	vorw. pyknisch, hypoplast.	?	?	14	143/53,3	Wegen Dickdarmentzdg. im Krankenhaus, danach Schmerzen in Rücken u. li. Seite, Angstgefühle, Druck auf der Brust. Magenop., Gebärmutterop., Zittern, Angst vor Heiraten u. Kinderkrieg.
13. An.Pfe., 35 J. Hausgehilfin 2.1.-4.7.39	z. B. Debilität	hypoplast.-infantil	Axillarbehaarung fehlt völlig	?	13	146,5/40,9	Nicht debil., psychisch infantil.
14. Hi. Sa., 39 J Revierförstersfrau	Infantilism., leichte Thyreotoxikose, Neurose	?	?	?	?	158/52	1933 Schilddrüsenoperation. Im Ausland gewesen, Examen als Haushaltspflegerin gemacht, dem Bruder Haushalt geführt u. in seinem Büro gearbeitet. Vor 1 J. nach 6 Wo. Bekanntschaft Revierförster geheiratet, Kind. Mann ist Trunkenbold, mißhandelt Pat.
15. El. Be., 23 J. Bergmannsfrau 13.-25.11.39	Hyster. Reaktion b. Infant. u. Situationsschwierigk.	hypopl.	Lanugo a. Abdomen, Rück., Kreuzbeingegend	?	14	148/40,9	Gravida, von Frauenklinik wegen Erbrechen eingeliefert. Saarflüchtling. Starke Elternfixierung. Hysterische Gangstörung u. Erbrechen bessern sich schlagartig auf Psychotherapie.
16. Ma.Ha., 53 J. Sattlersfrau 9.11.-28.12.39	Neurose (Verdacht auf Neoplasma?)	uncharakter. Mischform, Retard. u. Viril.	sehr schwach. Achselbeh., Lan. a. Rück., starke Beh. an Ob.Schenkeln	hypoplast. Profil	17	150/49	Saarflüchtling, innerliches Klopfen, Kältegefühl von innen. Seit Menopause Beschwerden. Blutkörperchen-Senkung stark beschleunigt. Wegen prompter Schmerzangabe u. Marasmus in Med. Klinik. Nach Rückkehr verschwinden Schmerzen, immer noch ablehnendes Verhalten, nach 1 Mon. freundlich.
17. A.-E. Schi., 44 J. land.-forstw. Gehilfin 10.1.-17.2.40	Neurose	pykn.-athlet.	?	?	13	153/54	Immer schon heiratsscheu, viele Partien ausgeschlagen, vor $^1/_2$ J. zur Heirat eines älteren Witwers beredet, kurz vorher Verhältnis gelöst; jetzt Angstgefühl und Beklemmung, Frieren. Subdepressiv verstimmt; nach Psychotherapie u. Hormonbehandlung Besserung, wieder zur Schwester entlassen, mit der sie eigenes Haus bewohnt.
18. Fr.Tho., 32 J. Klempnermeistersfrau 8.7.-11.7.39	Sexualneurose	leichte Schildldr. sympt., starke Menstr.-beschwerden	leptos. m. pykn. Einschl.	?	13	155/62,1	Pat. wird von der Med.-Klinik überwiesen, lag dort wegen Verdacht auf Thyreotoxikose. Seit 14. Lebensjahr „Herzstöße", daher nur beschränkt arbeitsfähig. Vor 2 Jahren gynäkologische Operation, bis dahin starke Beschwerden bei Menses. Seit $9^1/_2$ Jahren verlobt. Vor 1 Jahr geheiratet. Bis zum 23. Lebensjahr im elterlichen Zimmer geschlafen. Mann mußte Geschäft in elterliche Wohnung verlegen. Elternfixierung. Vor 6 Wochen Totgeburt. Pat. weigert sich gegen jegliche Therapie, will nach Hause, war 1931 bereits in poliklinischer Sprechstunde hier.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556033_0105

13. An. Be., 30 J. im landw. Haushalt tät. 1. 6.-28. 6. 39	Schwere Organneurose	leptosom. in. athlet. Einzelstigmen	st. Menstr.-beschwerd.; seit Vaters Tod Menses schl. unregelm.	13	158/ 57,0	Seit 1934 zurückgezogen gelebt; überall Schmerzen; Pfingsten 1939 während Regel zum Fenster herausgewollt; nicht geheiratet weil zu Hause nicht übrig; träumt nachts viel von Mutter und Vater, jeglicher Psychotherapie unzugänglich.
14. El. Si., 30 J. Bohrermeistersfrau 12. 8.-19. 8. 39	Neurose	Pykn.-athlet.		17	161/ 74,1	1 normaler Partus, danach dick geworden u. Gallenbeschwerden. 1 Fehlgeburt, seitdem Schmerzen in re. Seite. Seit $^1/_2$ J. in Gerichtssache verwickelt, soll Quittung gefälscht haben. Strumpfförmige Paraesthesien in Armen. Objekt. o. B.

Tabelle 6. **Neurosen ohne Entwicklungsstörungen und endokrine Stigmen.**

Name, Alter, Beruf Aufn.-Entlassung	Klinische Diagnose	Konstitution	Menarche	Gr./ Gew.	Persönliche Anamnese und Verlauf der Psycho-Neurose
1. Ka. Pa., 51 J. Bauernehefrau 31. 1.—3. 2. 40	Rentenbegehren, Arthros. deformans	vorw. pykn.	$15^1/_2$	159/ 61,4	Von Scheune 7 m tief gefallen. Schwindel, Kopfschmerz, normal. neurolog. Befund. Arthros. def. der Halswirbelsäule.
2. Hi. Ro., 37 J. Ehefrau 15. 11.—8. 12. 39	Psychasth. Reakt.Schwierigkeiten	?	?	174/ 78	Vom Mann geschieden, lebt mit 3 Kindern b. ihren Eltern.
3. Er. Schl., 44 J. Wäscheschneiderin 28. 9.—15. 11. 39	Neurose Neuritis li. Hand	asthen.	?	?	Seit Jahren unbefriedigt im Beruf. Hyperaesthetisch. Neurit. Beschwerden in li. Hand lassen s. objektivieren. Unruhe, Schlaflosigkeit, keine Komplexe, sehnt sich nach Verstandenwerden, anlehnungsbedürftig. Geschwister verstehen sie nicht, hat künstlerisches Interesse (Schwälmerhandarbeit).
4. He. Un., 33 J. Schlossermeisterehefrau 26. 4.—27. 5. 39 29. 5.—15. 7. 39	Zwangsneurose raptusart. Zustand Sexualn.?	athlet. m. pykn. Einschl.	14	169/ 69,8	Zwangsvorstellung: Kinder töten, Mann angreifen, zu wenig Arbeit. In Klinik keine Anfälle, drängt stark nach Hause. Früher Kindergärtnerin gewesen, seitdem Zwangsvorstellung, deren sie sich sehr schämt u. die sie zu unterdrücken sucht; sehr verschlossen.
5. Ka. H., 30 J. Fabrikarbeiterin 22. 5.—30. 6. 39	Organneur.	lept.-kräftig	16	158/ 54,8	1933 Mandelexstirpation. 1935 Blinddarmoperation, Nierenop., 1936. Retrofl.op., 1937 Unterleibsentz. Seit Jan. 39 nicht mehr gearbeitet, allgem. Schwäche. Neurose entstand im Anschluß an gyn. Untersuchung. Besserung, bei bevorstehender Entlassung wieder Verschlimmerung.
6. Ma. Me., 47 J. Klempnermeisterehefrau 28. 8.—3. 9. 39	Hypochondrie (Rentenbegehren)	leptos. asthen.	16	163/ 51,7	Seit 3 J. Ischiasanfälle, Jucken im ganzen Körper, bis in Därmen; Stuhlverstopfung; starke Menstr. Mann schon 70 J., verdient nur wenig, ebenso 17 j. Tochter; Pat. selbst zu krank zum Arbeiten. Rentenbegehren?

Klinisch-kasuistischer Teil.

Von den 16 Fällen konstitutioneller Retardierung in der Gruppe der „Neurosen im engeren Sinne" sind 6 Patientinnen herausgegriffen worden, die auf Grund ihres körperlichen Untersuchungsbefundes und ihres seelischen Entwicklungs- und Zustandsbildes als typisch psychophysisch retardiert angesehen werden müssen.

Bei allen Patientinnen kommen die eingangs erwähnten Charakteristica in mehr oder weniger starkem Maße vor. Es lassen sich aber bei den einzelnen Krankheitsbildern besonders hervorstechende „pathogene" Faktoren herausstellen. Die mitgeteilten Fälle stehen daher als Typ für ein bestimmtes psychisches Retardierungssyndrom.

In Ma We (1. Fall v. Tab. 3) lernen wir eine primitive Persönlichkeit kennen, bei der Unselbständigkeit in der persönlichen Lebensgestaltung und Geschwisterprotest im Vordergrund des psychoneurotischen Bildes stehen.

Ma. We. 30 Jahre.
Aufnahme: 27. 1. 40.
Entlassung: 2. 3. 40.
Diagnose: Schwere Neurose, hysterische Anfälle.
Konstitution: leptosom-dysplastisch, leichte Virilismen.
Vorgeschichte (Angaben der Pat.).

Sie sei von Geburt an schwach gewesen; der Vater sei gestorben als sie $^1/_2$ Jahr alt war, da hätten sie oft nichts zu essen gehabt. Sie sei als Kind viel krank gewesen, im Winter fast ständig. In der Schule habe sie sehr gut und auch gern gelernt; sie mußte aber wegen häufiger Kopfschmerzen, ständigem Kopfdruck mit zeitweisem Erbrechen öfter fehlen. Nachts habe sie oft aufregende Träume gehabt, am ganzen Körper gezittert und sei dabei von Angstträumen geplagt gewesen. Die Mutter habe dann kommen müssen, um sie zu beruhigen. Wenn sie zu sich kam, sprach sie wirr und fand sich nicht zurecht. Mit 12 Jahren habe sie Gelenkrheumatismus gehabt und dadurch einen Herzfehler bekommen, der sich im Laufe der Jahre wieder ausgewachsen habe. Seit dem Gelenkrheumatismus sei sie schwächer im Denken; besonders Kopfrechnen mache ihr Schwierigkeiten. Mit 16—17 Jahren habe sie derartig heftige Kopfschmerzen gehabt, daß sie auf einer Seite wie taub war, und zwar sei die ganze Körperhälfte ergriffen gewesen, von der Zunge angefangen (sie konnte damals nicht richtig sprechen) bis zu den Armen und Beinen, in denen sie Kribbelgefühle gehabt habe. Mit 18 Jahren besserten sich diese Erscheinungen.

Bis zu ihrem 24. Lebensjahr habe sie zu Hause bleiben, die kranke Mutter pflegen und den Haushalt versorgen müssen. Die Geschwister gingen in Stellung, denn sie als die schwächste hätte doch am wenigsten verdient. Sie sei die jüngste und habe einen älteren Bruder, (36 Jahre) der mit seiner Familie das elterliche Haus bewohne, ferner eine unverheiratete Schwester von 34 Jahren, die bei ihm wohne und Näherin sei. Eine 32jährige Schwester sei im Ruhrgebiet verheiratet. Pat. fühlt sich den Geschwistern gegenüber benachteiligt, da sie viel schwächer ist, und dauernd krank war. Oft glaubten ihr die Geschwister ihr Kranksein nicht recht und mein-

ten, sie stelle sich an. Das habe sie dann sehr gekränkt. Sie sei im Leben immer zu kurz gekommen: Schon in der Schule habe sie nie eine richtige Freundin besessen — die reichen Bauernkinder hätten mit der armen Schäferstochter nichts zu tun haben wollen. Sie sei immer etwas still und scheu gewesen, und auch das habe auf ihr gelastet. Das einzige, was sie gefreut habe, war, daß sie die beste in der Klasse gewesen sei. Auch die Geschwister hätten gut gelernt. So seien sie wenigstens darin den reichen Bauernkindern überlegen gewesen. Sie sei immer sehr ehrgeizig und gewissenhaft in der Schule gewesen. Sie habe etwas lernen und einen Beruf ergreifen wollen; das sei aber wegen der schlechten häuslichen Verhältnisse nicht möglich gewesen. Als Kind habe sie immer gesagt, sie wolle Krankenschwester oder Mutter werden; nun wäre sie gerne Kindergärtnerin geworden — aber auch diese Ausbildung sei nicht möglich gewesen. So sei sie dann in Stellungen gegangen und habe solche bevorzugt, in denen sie selbständig arbeiten konnte. Die meisten Stellen seien aber zu schwer für sie gewesen: sie habe sich immer mehr zugemutet, als sie hätte leisten können. Geheiratet hätte sie gern; Haushalt und Kinder zu versorgen, das hätte sie sich ruhig zugetraut. Da sie aber so zurückhaltend war, habe sich nie einer gefunden, und sie selbst hätte doch den Männern nicht nachlaufen können. Sie habe viele Jahre nicht darüber hinwegkommen können, daß sie nicht heiratete; schließlich aber habe sie sich darüber beruhigt.

Jetzige Erkrankung:

Wegen eines Schwächezustandes sei sie nach F. ins Krankenhaus gekommen. Sie habe sich in ihrer letzten Stellung überarbeitet. Sie sei bei einem jüngeren Ehepaar mit zwei Kindern gewesen; zuletzt habe sie die Verantwortung für die beiden Kinder ganz allein übernehmen müssen, weil die Frau verreiste. Der Mann sei eingezogen gewesen. Sie habe eine große Wohnung zu versorgen gehabt und dazu das eine Kind zu verpflegen, das inzwischen krank geworden sei. Das sei zuviel für sie gewesen. Außerdem habe sie sich geärgert, daß die junge Frau, die gesund und kräftig gewesen sei, keinen Finger gerührt habe, während sie, die doch viel schwächer war, die ganze Arbeit allein hätte machen müssen. Dazu habe sie immer noch Schimpfe von der Frau bekommen. Wenn der Mann zu Hause war, sei es besser gewesen, der habe sie in Schutz genommen. Sie habe immer den Ehrgeiz besessen, alles schön zu machen und habe sich dabei eben kaputt gemacht. Im Krankenhaus habe sie sich ganz gut erholt; sie habe aber dann in den letzten Tagen vor der Entlassung die ersten Anfälle bekommen. Sie habe das schon den ganzen Vormittag gespürt, sich aber gesagt, du mußt dagegen angehen, und dann sei es eben dann doch stärker gewesen als sie. Sie habe sich plötzlich hinlegen müssen, ihr sei ganz schwindelig geworden, sie habe ganz schnell atmen und dann zittern müssen. Denken könne sie dabei nicht, sie höre alles, könne aber nicht antworten. Sie könne einen solchen Anfall nicht unterdrücken, es ginge einfach nicht anders.

Auf Befragen gibt Pat. dann an, daß die Aerzte im Krankenhaus ihr ihre Krankheit nicht recht geglaubt hätten und sie das hätten spüren lassen. Wie sie dann die Anfälle bekommen habe, sei sie hierher verlegt worden, weil man sich gesagt hätte, daß dies eine reine Nervensache sei.

28. 1. 40. Pat. hatte heute morgen kurz nach der Visite einen typischen hysterischen Anfall mit starker Hyperventilation und allgemeiner willkürlicher Reflexverstärkung. Keine pathologischen Reflexe. Der Anfall ließ sich suggestiv sofort abbrechen. Er begann mit Hyperventilation und rhythmischem Schlagen der Arme und ruckartigen Bewegungen des Oberkörpers. Hyperexpressive Mimik, Tränen in den Augen. Pat. war während des Anfalls dauernd bei Bewußtsein und befolgte sofort die Aufforderung, aus dem Bett aufzustehen. Sie zeigte zunächst eine hysterische Fallneigung nach rechts, hielt sich dann aber geschickt an einer Bettkante, ohne sich wehzutun.

Sie gab an, daß die Atmung sich ganz von selbst beschleunige und nachher auch ganz von selbst wieder ruhig werde. Sie könne nichts dazu tun.

Der Anfall kam wenige Minuten nach der Visite. Dabei hatte Pat. während einer kurzen Exploration ausführlich berichtet, daß sie sich im Beruf überarbeitet habe und erst seit kurzem, seit 3 Wochen etwa, diese Erregungszustände bekomme. In der Familie seien keine Nervenkrankheiten bekannt. Nach dem Anfall sah Pat. auffallend blaß aus.

2. 2. 40. Pat. hatte gestern bei der Oberarztvisite wieder einen hysterischen Anfall. Wieder typisch forcierte Atmung, kein direkter Tremor, ruckweise Stöße des Körpers, bohrt den Kopf dabei in den Nacken, leichte Arc de Cercle-Stellung, auf Zuspruch beruhigt sie sich wieder.

Pat. ist psychisch etwas moros, resigniert, dabei oft betont salopp in der Ausdrucksweise. Pat. ist immer darauf bedacht, die Klinik, bezw. die Behandlung für ihren Zustand verantwortlich zu machen. Ueberhaupt hat sie das Bestreben, die Schuld für ihr bisheriges Versagen im Leben bei anderen zu suchen. Schweres Ressentiment.

9. 2. 40. Nach einer eingehenden Aussprache und Planung der Zukunft ist Pat. etwas zuversichtlicher geworden. Sie lebt auf, wird frischer in ihrem Wesen. Pat. steht auf und beteiligt sich ein wenig an den Arbeiten auf der Station. Beim Handarbeiten sitzt sie jedoch meist ziemlich mürrisch dabei. Sie könne nicht recht sehen trotz der Brille, es sei ihr wie ein Schleier vor den Augen. Sie sei deswegen schon beim Augenarzt gewesen, der habe ihr aber gesagt, das sei eine nervöse Störung.

16. 2. 40. Pat. hatte gestern wieder einen Anfall, sie ist aber im ganzen jetzt fricher, nicht mehr ganz so mürrisch und resigniert wie anfangs. Sie beteiligt sich an der Gymnastik, klagt allerdings, daß es sie sehr anstrenge, sie bekomme Zittern in den Knien davon. Auf der Abteilung hilft sie lediglich bei kleinen Handreichungen.

23. 2. 40. Pat. fühlt sich wohler. Sie meint selber, daß es ihr besser gehe, sagt aber in einem etwas vorwurfsvollen Ton, daß es auch höchste Zeit würde, sie sei ja schon lange genug krank. Da Pat. über kalte Füße klagt, bekommt sie Fußwechselbäder.

1. 3. 40. Pat. hat an den letzten Tagen Höhensonne bekommen, sieht etwas besser aus. Sie will wieder eine Stellung annehmen, will aber zuerst zu ihrem Bruder gehen und sich von dort in aller Ruhe eine passende Stellung besorgen. Sie ist jetzt einigermaßen zuversichtlich, soll morgen entlassen werden.

29. 9. 40. Patientin kommt erneut zur Aufnahme.

Diagnose: Schwere degenerative Neurose, hysterische Lähmung.

Angaben der Patientin:

Pat. war nach der Entlassung immer sehr müde und innerlich sehr aufgeregt. Sie hat verschiedene Male zu arbeiten versucht aber dann trat immer wieder das Zittern auf, bis sie schließlich wieder einen Anfall hatte, wie sie ihn hier in der Klinik bereits gehabt hatte. Sie ging dann später doch in Stellung und hatte auch dann öfter Anfälle, die sie aber vor der Herrschaft verheimlichte. Schließlich ging sie zum Arzt, wechselte die Stelle und hatte auch bei sehr leichter Arbeit bald wieder einen Anfall; einmal waren ihr 4 Tage hindurch die Beine steif, zeitweise konnte sie nicht sprechen. Der linke Arm war gelähmt. Sie kam für 3 Wochen ins Hospital und hatte Rückenschmerzen, Bauchschmerzen und Durchfälle. Sie wurde in die Nervenabteilung des Krankenhauses in B. überwiesen, dort elektrisiert und mit Hydrotherapie behandelt. Nach 4 Wochen Behandlung dort wurde sie als geheilt entlassen, sie nahm wieder eine Stellung an. Aber bald wurde es mit den Beinen schlimmer; auch traten Schmerzen im Hals und am Herzen auf. Die Anfälle stellten sich abermals ein. Zwei Tage lang war sie ganz steif, die Arme schlugen, der ganze Körper zitterte. Sie versuchte, dieses Zittern durch Faustballen zu unterdrücken, da wurden ihr die Faust und der ganze Arm steif. Als sie sich richtig ausgeschlafen hatte, wurde es besser,

14 Tage lang wurde sie dann vom Arzt ambulant elektrisiert und machte Uebungen mit den Beinen wegen der Lähmung. Es wurde ihr vom Arzt geraten, diese Stelle zu verlassen, da ihre Herrin unter Depressionen litt. Sie ging wieder nach Hause zurück. Hier ging es ihr zeitweise besser, dann traten aber die Zuckungen in verstärktem Maße wieder auf, und sie konnte nicht sprechen. Dieser Zustand dauerte oft mehrere Stunden. Nachher war sie dann ganz erschöpft.

Bei der Aufnahme meinte Pat. zu Ref. ganz resigniert: „Ja, da bin ich wieder". Bei der Visite liegt Pat. ganz steif, die Arme fest an den Körper angelegt, im Bett. Als Ref. ihr die Hand hinhält, meint sie: „Ich habe keine Hände, ich bin ganz steif, kann ihnen keine Hand geben". Bei passiver Bewegung der Arme und Beine geht sofort ein krampfhaftes Zucken durch den ganzen Körper mit Arc de Cercle, schmerzverzerrtem Gesicht und stoßender Atmung.

2. 10. 40. Nach einigen Ruhetagen steht Pat. stundenweise auf, betätigt sich auf der Station mit ganz leichten Handgriffen aber nur, wenn sie dazu angehalten wird. Beim Gang wird das linke Bein mehr oder weniger steif nachgezogen. Der linke Arm hängt meist schlaff herab, wird geschont, pendelt nicht. An manchen Tagen war Pat. morgens beim Aufwachen ganz steif, konnte zweimal nicht sprechen. Die Fichtennadelbäder werden als sehr angenehm empfunden.

10. 10. 40. Da keine Besserung des Zustandes trotz Schonung und Besprechung der Lage eingetreten ist, wird Pat. heute elektrisiert. In der ersten Sitzung wird sofort die vollkommene Bewegungs- und Gebrauchsfähigkeit des Armes erzielt.

12. 10. 40. Pat., die heute fast den ganzen Tag bewegungslos und steif im Bett zugebracht hatte, wird auf der Bahre in den Diathermieraum gebracht, um nach intensiver Elektrisierung des ganzen Körpers ohne Unterstützung mit leichtem Nachschleifen des linken Fußes wieder in den Saal zu gehen.

19. 10. 40. Pat. wurde noch mehrmals erfolgreich elektrisiert, der gute Zustand des linken Armes hat sich gehalten. Nach Ermüdung beim Gehen noch leichtes Nachschleppen des linken Fußes. Wegen Aussteuerung aus der Kasse wird Pat. heute nach Hause entlassen.

Am 4. 3. 41 kommt Pat. in die Klinik, um eine 6wöchige Kur ihrer Kasse hier anzutreten. Die Lähmungserscheinungen sind vollständig verschwunden. Die Anfälle treten noch ab und zu auf. Sie hat nur leichte Arbeit leisten können und hat ihrem Bruder im Haushalt geholfen.

Als Patientin das Untersuchungszimmer betritt, glaubt Ref., eine 18 jährige vor sich zu haben. Sie setzt sich ruhig und ohne auffällige Bewegungen auf den angebotenen Stuhl und gibt in einer monotonen, zunächst mürrisch vorwurfsvoll gefärbten Stimme ihre Antworten. Das Gesicht zeigt ein kaum verhehltes Mißtrauen, das aber bereits nach den ersten Sätzen verschwindet, um einer leeren Gleichgültigkeit Platz zu machen. Dieser Ausdruck bleibt während der ganzen Exploration fast starr erhalten, nur von unwillkürlichen Zuckungen um den Mund und gelegentlichem unmotiviertem, kurzem Auflachen (bei dem sie die Schultern sehr hoch zieht) unterbrochen. Die Hände liegen in lockerer Haltung im Schoß; Zeige- und Mittelfinger jeder Hand führen ruhige, sich gleichmäßig wiederholende, spielende Bewegungen aus, die bei affektbetonten Dingen (Stellung in der Familie, zu anderen Menschen, zu ihrem Leben überhaupt) etwas hastiger werden, oder auch ganz versiegen. Ihre äußerst schlaffe Haltung drückt die Passivität, die die Patientin dem

Leben und ihrer Krankheit gegenüber zeigt, deutlich aus. Einmal äußerte Pat., daß sie sich hier in der Klinik am wohlsten fühle, sie weine immer, wenn sie wieder fort müsse. Eine Aeußerung, wie sie vorwiegend solche Pat. machen, die für ihre Krankheit „einen Rahmen" brauchen: Menschen, auf die sie wirken können, die ihnen die sonst so entbehrte Aufmerksamkeit entgegenbringen.

Betrachtet man die Gestalt der Pat. von der körperbaulichen Seite, so fallen einem die geringe Körpergröße und -fülle, die relativ langen Extremitäten, die zarten kleinen Hände, das Fehlen jeglichen Fettansatzes an denen für den weiblichen Körper charakteristischen Stellen besonders auf. Das Gesicht bietet eine eigenartige Mischung von hypoplastisch-dysplastischen Stigmen; die Stirn ist ziemlich gut entwickelt, die Stirnhöcker sind nicht genährt, das dunkelblonde, wellige Haar setzt in angedeuteten Stirnwinkeln an. Die Augenbrauen sind stark ausgebildet und treffen sich über der Nasenwurzel in einer Brücke. Das Mittelgesicht ist mittelgroß; die weitausladenden Supraorbital- und Jochbögen lassen es grob in der Form und derb im Ausdruck erscheinen. Das Kinn ist mittelkurz, breit und kräftig. In der Profillinie tritt die Hypoplasie des Gesichtes deutlich hervor: die kurze, kleine Nase ist konkav und wenig abgesetzt, die Oberlippe stark gerafft. Am Rumpf fällt die kräftig ausgebildete Schlüsselbeinpartie im Gegensatz zu dem grazilgebauten Becken besonders auf. Die Extremitäten sind relativ lang und haben kurze zierliche Akren. Die Körperbehaarung ist ohne Besonderheiten.

Die Menarche fällt erst in das 16. Lebensjahr; die Menstruationen verlaufen regelmäßig mit geringen Beschwerden. Pat. gibt an, daß sie während der Periode ein ausgesprochen gehobenes Lebensgefühl habe („dann bin ich so richtig aufgedreht"), sich unternehmungslustiger fühle als sonst und seit einigen Jahren sich dann besonders nach einem Mann und einem eigenen Heim sehne.

Versucht man nun die Neurose-Disposition bei dieser Pat. aufzudecken, so läßt sich — zunächst den Längsschnitt der Entwicklung betrachtend — feststellen, daß wir es mit einem Menschen zu tun haben, der schon als Kind gewisse nervöse Stigmen zeigte; denn bei den geschilderten Zuständen, die als Kind sie aus dem Schlafe weckten, handelt es sich offenbar um einen „Pavor nocturnus", wie er bei psychasthenischen Kindern aufzutreten pflegt. Ferner fällt auf, die Betonung körperlicher Schwächlichkeit (Anfälligkeit Krankheiten gegenüber), der immer sich wiederholende Kopfschmerz, der ausdrücklich als halbseitig lokalisiert (Migräne?) angegeben wird. Eine vegetativ-nervöse Uebererregbarkeit hat also bei allgemein-konstitutioneller Schwäche von Jugend auf bestanden. Verfolgt man diese angebahnte Entwicklung weiter, so ergibt sich, daß Pat. an Körpergröße die kleinste von ihren Geschwistern bleibt, ebenso die schwächlichste und für Erkrankungen am besten disponierte. Ueber die klinisch-metrisch erfaßbaren Retardierungsmerkmale — die feine, aber deutliche Hinweise auf einen teilgehemmten

Entwicklungsablauf geben — wurde bei der Betrachtung des Körperbaulichen berichtet.

Wenn man die Neurose-Disposition hiermit als somatisch-konstitutionell gegeben ansieht, so muß man jetzt zur Klärung der Struktur und Erläuterung des Bildes der Neurose die psychische Seite heranziehen, die, ebenso wie die körperliche, Zeichen einer nicht an ihr Ziel gelangten Entwicklung aufweist.

Am Grund auch dieser Neurose liegt die Unsicherheit des Selbstwerterlebens, das von Kindheit an durch das Bewußtsein körperlicher Benachteiligung den Geschwistern und sozialer den reichen Bauernkindern gegenüber bestimmt ist. Hätte Pat. eine gleichmäßige, parallel gehende somato-psychische Reife durchgemacht, so hätte sie sich irgendwie mit diesen Tatsachen abgefunden (sie etwa zu sublimieren gesucht), dann hätten sie nicht „pathogen" für sie werden können; sind doch ihre Geschwister lebenstüchtige Menschen geworden.

Die sozialen Verhältnisse waren recht ungünstig. Der Vater war Schäfer. Die Mutter hatte ihren Mann gegen den Willen ihrer Eltern geheiratet, denen er wegen seiner niedrigen sozialen Stellung nicht zusagte. Von der Familie des Vaters war keine finanzielle Unterstützung zu erwarten, mit den Angehörigen der Mutter lebte man in gespanntem Verhältnis. So mußten die Eltern der Pat. äußerst enthaltsam leben, brachten es schließlich aber unter großen Entbehrungen zu einem eigenen Häuschen. Aus dieser aufsteigenden Entwicklungsbahn wird die Familie gestoßen, als der Vater kurz vor dem Weltkrieg stirbt, die Mutter mit 4 kleinen Kindern zurücklassend. Mit der dürftigen Rente kann die Mutter nicht auskommen. Sie arbeitet daher noch als Tagelöhnerin bei den Bauern, arbeitet, bis sie es schließlich nicht mehr aushält und, als die jüngste Tochter eben erwachsen ist, beginnt ihr langdauerndes Krankenlager („Herzwassersucht"), das Patientin zwingt, zu Hause zu bleiben, Pflege und Haushalt zu übernehmen, während ihre Geschwister in die Stadt gehen, um Geld zu verdienen. Pat. entwickelt nun aus dieser ihrer Stellung zu Hause ein Ressentiment gegen ihre Geschwister, das schon von jeher — latent gleichsam — vorhanden war. Nun aber hat sie ein greifbares Beispiel an der Hand, ihren Geschwistern zu beweisen, wie sehr sie von ihnen vernachlässigt und zurückgestellt wird. Ihre unausgereifte, kindliche Psyche erlaubt es ihr nicht, sich über die Notwendigkeit ihrer Tätigkeit klar zu werden, sondern sieht Intrigenspiel und Bosheit, wo überlegende Vernunft das Unumgängliche eingesehen hätte. So wird in diesen Jahren das Gefühl des Zurückgesetztseins nur noch mehr genährt. Nach dem Tod der Mutter macht Pat. sich dann von jeder „Bevormundung" frei. (Es ist bezeichnend für ihr Seelenleben, daß sie ihre Stellung zu Hause als solche empfand und sich nicht zur Auffassung einer „freiwillig auf sich genommenen Pflicht" durchrang). Pat. geht nun in die Stadt, nimmt Stellen an, wie die so lange beneideten Geschwister.

Jetzt könnte man einen freudigen, die Welt — und wenn sie nur aus einigen Städten der näheren Umgebung besteht, — begierig in sich aufnehmenden jungen Menschen erwarten, aber dazu mangelt es ihr an Unternehmungsgeist und Zielbewußtheit. Sie hat erreicht, was sie erreichen wollte: Fort von zu Hause. Ihr Ziel ist mit dieser Tatsache nunmehr erfüllt. So kommt es denn auch, daß sie, ohne klare Vorstellungen über ihr Leistungsvermögen, sich viel zu schwere Stellen aussucht und, falls sie eine in dieser Beziehung passende gefunden hat, plötzlich etwas anderes auszusetzen hat (Mißverständnisse mit der Hausfrau u. ä.) und trotzig, gleich einem Kinde, das fortläuft, wenn es ihm nicht mehr gefällt, die Stelle wechselt, sich schließlich in ein Krankenhaus begibt, wo sie die Beachtung findet, die sie so lange entbehrte.

Pat. betont ausdrücklich, daß sie Kinder gern habe und am liebsten selbständig arbeite. Bei der Exploration ergab sich aber, daß sie jedesmal, wenn Verantwortung zu tragen war, versagte. So z. B. auch in der letzten Stellung, wo sie — zum mindesten vor sich selbst — hätte beweisen können, daß sie selbständige Arbeit leisten kann: da verläßt sie ihre Tätigkeit, hat nicht die nötige Verantwortungsfreudigkeit, die Kinder allein zu betreuen, noch die verreiste Hausfrau im Haushalt zu vertreten. Sie lebt also noch ganz in der Vorstellung ihrer Ziele, die sie nicht wegen der ihr nur in beschränktem Maße zur Verfügung stehenden Verwirklichungsmöglichkeit, niedriger steckt, sondern sie betrügt sich selbst, und wenn es gar nicht mehr weiter geht, bleibt ihr die „Flucht in die Krankheit" noch offen. Davon macht sie gebührend Gebrauch, „in dumpfem Mißbehagen" dazu getrieben.

Die Tatsache, daß gerade jetzt, mit 30 Jahren dieser schwere Zustand sich ausbildet, ist wohl darin begründet, daß allmählich der Zeitpunkt erreicht ist, wo die Heiratsaussichten für Pat. geringer werden und ihr ein einsames Leben bevorsteht („Torschlußpanik").

Ueberblickt man nun rückschauend dieses Krankheitsbild, so kann man zusammenfassend sagen, daß es sich um eine schwere Neurose handelt, die auf dem Boden einer physisch-psychischen Entwicklungshemmung entstanden ist. Diese „teiljuvenil gebliebenen" Elemente (Kretschmer) sind die tiefere Ursache der sich aus situativen Schwierigkeiten ergebenden Komplexe, die hier bis zur Ausbildung einer geradezu klassischen Hysterie führen.

Im folgenden tritt uns eine 25jährige Holländerin entgegen (2. Fall von Tabelle 3), die wegen einer alten Zwangsneurose (sie kann nicht allein über Straßen und Plätze gehen) in die Klinik kommt. Das zwangsneurotische Moment steht hier im Vordergrund, jedoch sind deutlich körperliche und psychische Retardierungsmerkmale nachweisbar. Pat. ist geistig sehr differenziert. Sie stammt aus einer gebildeten Familie, hat das Gymnasium besucht und steht

nun vor ihrem Examen als Musiklehrerin. Sie beschäftigt sich viel mit ihrer Krankheit und stellt immer wieder Fragen an den behandelnden Arzt, die die Ursache ihrer Erkrankung betreffen. „Ich möchte wissen, woher das kommt, gerade deswegen komme ich ja hierher!" In systematischer Analyse wurde versucht, die Neurose abzubauen, daher liegt ein reichliches Material von Protokollen, Träumen, autobiographischen Skizzen vor.

Al. v. d. He., 25 J., Musiklehrerin.
Aufnahme: in ambulante Behandlung: 1. 7. 39;
in stationäre Behandlung: 1. 8. 39.
Entlassung: 21. 10. 39.
Diagnose: Veraltete Zwangsneurose.
Konstitution: asthenisch retardiert.

Pat. kommt nach verschiedenen vorherigen Anfragen zur ambulanten Behandlung. Sie kommt hierher in Begleitung ihrer Mutter und Schwester. Vater und Bruder wollen auch nach M. kommen, sobald deren Ferien begonnen haben.

Der Vater ist ein etwa 55jähriger Gymnasiallehrer, der Mathematik und Physik unterrichtet. Die Mutter ist eine etwa 50jährige Pyknika. Der Vater ist leptosom-hager, sehr bestimmt und kühl, die Mutter überängstlich, hat selber in der Jugend eine Zwangsneurose durchgemacht und leidet unter deren Folgeerscheinungen. Sie kann nicht über freie Plätze gehen und meidet Parks, muß immer in der Nähe von Häusern und Menschen sein. Die Mutter hat eine gewisse Herzlichkeit.

Pat. ist das älteste von 3 Kindern. Eine Schwester ist 23 Jahre alt, studiert, ein Bruder ist 17 Jahre, Gymnasiast. Pat. hat die üblichen Kinderkrankheiten durchgemacht. Mit 15 Jahren wurde sie appendektomiert. Sie leidet gelegentlich an Ausschlag und Appetitlosigkeit. Mit $12^1/_2$ Jahren Menarche. Periode seither regelmäßig, alle 27—28 Tage, 5 Tage andauernd, am Beginn mit Leibschmerzen verbunden. Die Periode hat einmal einen Monat nach der Blinddarmoperation ausgesetzt.

Hierher kommt Pat. wegen einer Zwangsneurose. Sie kann nicht allein gehen und ist deshalb bei jedem Gang an ihre Mutter gefesselt, die andererseits das Haus nicht ohne ihre Tochter verlassen darf. Z. B. auf dem Gang in die Klinik braucht die Tochter Begleitung. Die Mutter sitzt in der Zeit auf dem Flur und wartet. Die Tochter meint, daß sie Angst haben müsse, von der Erde abzufallen, da sie vom Mond angezogen werden könne. Pat. ist schon verschiedentlich behandelt worden.

Mit 15 Jahren, im Beginn der Erkrankung, wurde sie von Dr. W. H., einem Freud-Schüler, ein Jahr behandelt. Damals gelang es zweimal, sie allein gehen zu lassen. Später ist das nicht wieder vorgekommen. Dann wurde Pat. in U. von dem dortigen Professor behandelt; schließlich wurde sie ein Jahr von Herrn O., einem Adler-Schüler, behandelt.

Pat. meint, in den letzten Jahren freier geworden zu sein. Sie hat nach der Volksschule drei Jahre das Gymnasium besucht und es dann aufgegeben, um Musik zu studieren. Sie hat sich zunächst mit Klavierspielen beschäftigt. Aus der Einsicht, daß sie hier nichts Ordentliches leisten werde, ist sie dann zur Violine übergegangen. Diese hat sie hierher zum regelmäßigen Ueben mitgebracht. In Holland hat sie das Examen in Musiktheorie schon bestanden und darf nun hierin unterrichten. Nach dem Urteil des Lehrers ist zu erwarten, daß sie in einem Jahr etwa das Examen als Geigenlehrerin bestehen wird. Patientin kommt nicht zur Behandlung hierher, sondern sie will eine Erklärung ihrer Erkrankung und meint, wenn sie diese habe, könne sie selber mit ihrer Krankheit fertig werden.

1. 8. 39. In den ersten Wochen wurde in täglichen Sitzungen systematisch das Material aufgearbeitet. Da sich zeigte, daß Pat. in kurzer Zeit

nicht fertig werden würde, reisten Eltern und Geschwister ab und Pat. zog am 1. 8. in die Klinik. Die systematische Analyse wird fortgesetzt, leichte Uebertragung wirkt sich nicht ungünstig aus. Pat. wurde dann neben Besprechungen aktiviert. Gegen Medikamente ist sie allerdings feindlich eingestellt. Es gelingt, sie in Begleitung anderer Pat. in den Garten hinunterzuführen. Allein geht sie keinen Schritt außerhalb des Hauses. Auch im Haus hält sie sich am liebsten in der Umgebung ihres Zimmers auf. Ein paarmal fährt sie spontan zur Besorgung von Geschäften mit einer Taxe in die Stadt.

1. 9. 39. Das streng analytische Vorgehen wechselt jetzt mit psychagogischer Führung und gelegentlichen Besprechungen. Pat. träumt von der Zukunft und kann sich auf die Gegenwart nicht recht einstellen. Ihre Träume belegen ihre einfach strukturierte, weiche Art. Pat. ist überzeugte Vegetarierin, sie ist im Tierschutzverein, Kriegsgegnerin und Sozialistin aus der Theorie heraus, wenngleich sie an und für sich für Politik wenig Interesse hat.

1. 10. 39. Fortschritte in der Bewegungsfähigkeit hat Pat. nicht gemacht. Sie hat sich zutraulich an eine Reihe von Pat. angeschlossen. Sie hat eine kindlich-natürliche Art, mit Menschen umzugehen. Es wird geplant, daß sie künftig versuchen soll, allein für sich in einer Pension oder einer Familie zu wohnen. Sie soll ihren Unterricht fortsetzen. Wenn sie von allem genügend Abstand hat, soll sie dann in 1—2 Jahren wiederkommen.

23. 10. 39. Pat. wird von ihrem Vater nach Holland abgeholt. Es ist eine gewisse Besserung der veralteten Zwangsneurose eingetreten. Eine völlige Herstellung ließ sich in der kurzen Zeit noch nicht erreichen.

Pat. ist 162 cm groß und wiegt 45 kg. Sie wirkt bedeutend jünger, als es ihrem Alter entspricht. Ihre Konstitution ist ausgesprochen asthenisch; das Gesicht hat Hypoplasien an Stirn, Nase und Kinn. Die Augen erscheinen durch eine Lidspalte und ein angedeutetes Graefe'sches Symptom besonders groß. Die dunklen Haare sind in Flechten um den Kopf gelegt. Der Körper ist ohne jegliche Rundung und wirkt jungenhaft hager. Es fehlt jedes Fettpolster. Die Haut ist rauh und trocken. Die schlaffe, fast hypotone Muskulatur unterstreicht den Gesamtaspekt, den Pat. bietet. Die Extremitäten sind relativ kurz, die Diastase der Adduktoren der Oberschenkel ist auffallend. Die Arme tragen ein dichtes Lanugokleid, auch am Rücken findet sich ausgedehnter Lanugo. Die Genitalbehaarung ist feminin, an der Brust starke circummammilläre Haarkränze.

Während der Unterhaltung ist die Motilität durch die neurotische Angst verlangsamt. Die einzelnen Bewegungen sind eckig, ohne Fluß und Verbindung. Pat. ist aufgeschlossen, ruhig, dabei aber innerlich etwas gespannt.

Den äußeren Retardierungsstigmen entsprechen — bei voll entwickelter Intelligenz — einige durchaus kindlich wirkende psychische Züge. In ihrer Stellung zu Eltern und Geschwistern und zu ihrem Beruf treten diese besonders deutlich hervor.

Pat. ist als Tochter eines Studienrates und älteste von 3 Geschwistern, in A. aufgewachsen. In der Erziehung waren die Eltern sehr großzügig, jedoch entbehrte Pat. Wärme und Herzlichkeit. Sonntags machte der Vater mit den Kindern weite Spaziergänge; wenn sie dann müde wurden, war er oft sehr böse. „Anzügliche Bemerkungen" der Mutter („ich gebe Dich noch zum Lumpenhänd-

ler") nahm sich Pat. ebenfalls sehr zu Herzen. „Ich dachte, vielleicht wäre ich wirklich besser beim Lumpenhändler, der wenigstens Wert auf mich legte, als bei einer Mutter, die mich gerne los wäre, aber bei ernsterem Ueberdenken war ich dann doch zu ängstlich." Ihrem Vater gegenüber hat Pat. eine ausgesprochen ambivalente Haltung, die sie selbst folgendermaßen charakterisiert: „Ich hatte immer Streitereien mit meinem Vater. Gleichzeitig aber hatte ich eine Verehrung für ihn, denn geistig bin ich ihm sehr verwandt." Auf den jüngeren Bruder ist sie eifersüchtig und läßt ihn links liegen.

Im Laufe ihrer Musikausbildung kommen in typischer Mischung Insuffizienzgefühle mit mangelnder Zielstrebigkeit bei ausgesprochener Selbstüberschätzung zum Vorschein.

Als überaus ehrgeiziges Mädchen hat sich Fräulein H. das Ziel gesteckt, freie konzertierende Künstlerin zu werden. Nach einigen Jahren Klavierunterricht aber (in denen sie ihren eigenen Worten nach zu bequem war, um schwierige Etüden zu üben), gewinnt sie die Ueberzeugung, daß sie auf dem Klavier niemals ihr Ziel erreichen wird und geht zur Geige über. Als sie auch hier — trotz einiger Erfolge — einsehen muß, daß ihre Fähigkeiten nicht zum Auftreten reichen, gleitet sie in das ihrer Ansicht nach weniger der verletztenden Kritik ausgesetzte Gebiet der Komposition ab und glaubt nun, endlich ihre Berufung entdeckt zu haben.

Aus einem Brief, den Fräulein H. nach ihrer Entlassung dem behandelnden Arzt schreibt, erhellt noch einmal ihre Psyche, die keineswegs der eines 25jährigen Mädchens entspricht. Bei der Entlassung war ihr geraten worden, ihre Ziele nicht so hoch zu stecken, weniger zu verlangen und sich dann über das Erreichte zu freuen. Das hat nun ihren empfindlichen Stolz und ihren Ehrgeiz in gleicher Weise gekränkt. In kindlicher Boshaftigkeit äußert sie: „Ich habe noch immer weite Ziele, ich kann nicht anders. Mein Vetter und der Mann meiner Cousine haben auch weite Ziele, die haben aber das Glück, gesund zu sein. Als ich hörte, daß mein Vetter fürchtete, an der Ausführung seiner Pläne ernstlich gehindert zu werden dadurch, daß er vielleicht eingezogen würde, hatte ich richtige Schadenfreude. Ich gönne nämlich jedem alles Gute, aber nur, wenn es mir auch gut geht. Ich könnte es nicht ausstehen, wenn anderen im Leben alles gelingen würde, während ich nach Urteil des Herrn Professor nicht fähig bin, ein weites Ziel zu erreichen (ich habe mich auch über Ihre Krankheit gefreut, denn ich beneidete Sie immer um Ihre Gesundheit, es ist sehr recht, daß Sie auch einmal wissen, was es heißt, krank zu sein)." Noch eine weitere Stelle aus diesem Brief ist aufschlußreich, denn sie spiegelt deutlich die Unsicherheit in der selbständigen Lebensführung wider: „Ich könnte keine völlige Befriedigung finden in einem Leben als bescheidene Hausmutter. Ich habe schließlich auch noch etwas Tieferes in meiner Persönlichkeit, das sich ausleben will. Vielleicht finden Sie und der Herr Professor es lächerlich, daß ich so etwas denke und meinen, es sei nur Einbildung.

Ich könnte nicht beweisen, daß Sie darin Unrecht hätten, könnten Sie das Gegenteil beweisen?"

Trotz jahrelanger Bemühungen um freie Künstlerschaft, trotz immer wieder erfahrener Beweise ihrer Unfähigkeit dazu, hat Fräulein H. ihren alten Jugendtraum nicht aufgegeben. Ein Examen hat sie mit „genügend" bestanden, für das letzte hat sie bereits dreimal Aufschub bekommen. Dieses Mißverhältnis zwischen ihren Wünschen und ihren tatsächlichen Fähigkeiten erinnert an die oft phantastischen Pläne Jugendlicher im Pubertätsalter. Nach ungehemmter Reifung aber versucht der junge Mensch, zunächst das ihm Naheliegende, ihm Mögliche zu erreichen, um dann stufenweise weiterzukommen. Fräulein H. aber ist nicht fähig, ihre Grenzen zu erkennen und sich einzugestehen, sie hat keinen Maßstab für ihre Fähigkeiten. Daher flüchtet sie in ein geträumtes Reich und scheitert so schließlich im praktischen Leben.

In ihrer Freizeit beschäftigt sich Fräulein H. mit psychologischen Büchern, verfolgt mit geringem Interesse die politischen Ereignisse und diskutiert gern Fragen des sozialen Bereiches. Eine ihrer Mitpatientinnen, eine Lehrerin, schildert Fräulein H. als einen sehr nüchternen, fast berechnenden Menschen mit großer logischer Begabung. Ihr gegenüber sei sie von rührender Fürsorge gewesen, zu vielen Pat. beinahe schroff, immer Rücksicht verlangend und nur auf ihr eigenes Wohlergehen bedacht.

Ihre Träume hat Pat. in kindlicher Offenheit niedergeschrieben. Fast in jedem Traum erscheint der behandelnde Arzt, bald als Ratgeber, bald als unerreichbarer Ferngeliebter, auf den sie sogar eifersüchtig wird:

„Ich sah Herrn Doktor, er sah mich fragend an . . ."

„Herr Doktor kam mit Frau und Kindern in den Garten des Hauses, in welchem ich wohnte. Meine Schwester und die Leute, mit denen wir zusammenwohnten, empfingen sie. Ein Kinderwagen mit einem weißen, geblümten Verdeck wurde unter ein Schutzdach gestellt. Später kam Herr Dr. in seinem weißen Mantel zu mir. Ich befand mich auf der ersten Etage und schaute zum Fenster hinaus. Man hatte in die Mitte des Gartens zwei Sessel gestellt für Herrn Dr. und seine Frau. Sie saßen aber nicht darauf, sie waren mit den Kindern ins Haus gegangen, sodaß ich sie aus dem Fenster nicht sehen konnte."

„Die Schwester M. sagte zu mir, die Masturbation würde einer Frau erst völlige Befriedigung geben, wenn sie Ausschläge am Geschlechtsteil hätte. Ich dachte, sie meine wohl Umschläge. Ich begriff die Sache nicht recht. Ich sah Herrn Dr. stehen, er hatte sich über eine Kiste gebeugt, in der er etwas suchte. Die Schwester hatte sich an mich gelehnt und flüsterte mir etwas zu. Es war mir angenehm, einmal mit einer Frau vertraulich über geschlechtliche Dinge reden zu können."

„Herr Dr. küßte mich auf das Haar. Ich dachte, ob er mich auch einmal auf den Mund küssen würde?"

Mit ihrer eigentlichen Krankheit, der Zwangsneurose, bei der wir immer wieder auf Erlebnisformen stoßen, die eine psychische Retardierung erkennen lassen, beschäftigt sich Fräulein H. eingehend. Sie hat verschiedene psychologische Bücher gelesen und sucht stän-

dig nach einer Erklärung ihrer Krankheit. Bei den analytischen Besprechungen ist sie ernsthaft bemüht, alles zur Klärung Dienende vorzubringen.

Mit 15 Jahren hatte Pat. zum erstenmal Angst, allein weite Wege zu gehen. Dann tauchten Angstvorstellungen verschiedenen Inhaltes auf: Als alle Schulkinder gegen Pocken geimpft wurden, fürchtete sie, „Gehirnentzündung" zu bekommen und blieb vor Angst einige Tage zu Hause. Im Chemiesaal bekam sie einmal derartige Angst, krank zu werden, daß ein Mädchen sie nach Hause bringen mußte. Am folgenden Tag hatte sie dann keinen Mut, allein in die Schule zu gehen. Die Mutter begleitete sie ein Stück, den Rest des Weges ging sie allein, wurde dann aber derartig ängstlich, daß sie ohnmächtig niederfiel. Seitdem geht sie nur noch in Begleitung fort. Mit 17 Jahren etwa fürchtet sie, vom Mond angezogen zu werden — sind doch Ebbe und Flut Erscheinungen, die durch die Anziehungskraft des Mondes bedingt sind. Dann wieder lebte sie angsterfüllt in der Vorstellung, ein Meteor falle ihr auf den Kopf oder die Erde könne sie abstoßen. Diese Aengste sind seit dem 15. Lebensjahr — wenn auch in schwankender Intensität — ständig gegenwärtig. Während der Vorbereitung auf ein Musikexamen verbinden sich die alten Angstvorstellungen mit der Examensfurcht:

„Kurz vor dem Examen kam mir öfter der Gedanke, ich würde während des Examens sterben. Wir hatten vor, kurz nach dem Examen nach E. in Ferienaufenthalt zu gehen. Als damals über den bevorstehenden Aufenthalt in E. gesprochen wurde, sagte ich, ich würde vielleicht E. nie wiedersehen, weil ich das Examen nicht überleben würde. Ich hatte die Gedanken allen Ernstes, obwohl ich mit meinem logischen Verstand sehr wohl wußte, daß sie unsinnig seien."

Pat. ist von Jugend auf ein sehr fein empfindender Mensch gewesen, der bei seiner Neigung zu Insuffizienzgefühlen oft Angstzustände durchlebt hat. Wie häufig bei Zwangsneurotikern, so finden wir auch hier kleine, an sich unbedeutende Erlebnisse, die von einem asthenisch-psychopathischen Charakter schließlich zu einer Neurose ausgebaut werden.

Als Pat. mit etwa 12 Jahren auf das Gymnasium kommt, kann sie sich in die fremde Umgebung nicht einfinden. Sie fürchtet, sich lächerlich zu machen, ohne eigentlich zu wissen, warum. Infolgedessen hält sie sich von ihren Schulkameradinnen fern und ist in den Pausen ganz für sich allein, Jahre hindurch. Ruft eine Mitschülerin sie zu sich, so folgt sie nicht — sie fürchtet, ihr lästig zu sein und hält sich lieber abseits. Diese Verhaltungsweise wird unter dem Gesichtspunkt einer gehemmten, bezw. nicht zum Durchbruch gelangenden Pubertätsentwicklung weitgehend verständlich. Man kann sich vorstellen, daß Pat. ihre Mitschülerinnen in ihrer frischen, oft sicher etwas lauten und rauhen Art — wie es eben diesem Alter entspricht — nicht verstand und sich nicht als zu ihnen gehörig betrachten konnte. Diese Kluft konnte sie nicht überbrücken, und so zieht

sie sich auf sich selbst zurück, wird schüchtern, zurückhaltend, schließlich verschroben.

Kleine Enttäuschungen, die sie als Kind erlebt hat, haben sich ihr tief eingeprägt. Aus dem Beginn ihres Klavierunterrichtes schreibt sie folgendes: „Als ich soweit war, daß ich kleine Liedchen spielen konnte, übte ich einmal ein Lied im Voraus. Als ich es dann in der Stunde zum erstenmal gespielt hatte, und es ziemlich gut gegangen war, hoffte ich, daß die Lehrerin verwundert und erfreut sein würde. Aber sie sagte nur so ganz kühl: „Das hast du bestimmt schon im Voraus geübt". Ihre Kühlheit erstaunte mich dermaßen, daß ich nie wieder etwas im Voraus übte." Aehnliches erfuhr sie, als sie nicht die einzige war, die bereits vor dem ersten Schulgang schreiben konnte. Die asthenische Komponente ihrer Persönlichkeit kann mit diesen Begebenheiten nicht fertig werden. Es entsteht ein „Leitungsdefekt" (Kretschmer) und gehäuft führt diese Art nicht verarbeiteter Erlebnisse schließlich zu einer neurotischen Reaktion.

Betrachtet man nun zusammenfassend dieses Krankheitsbild, so läßt sich feststellen, daß es sich um eine alte Zwangsneurose bei einer körperlich schwer retardierten Pat. handelt. Psychisch liegen typische Adler'sche Mechanismen vor, die auf partiell unterentwickelten Triebstrukturen aufgebaut sind. Wir haben in diesem Fall eine hoch differenzierte Persönlichkeit mit schweren inneren Hemmungen und Ambivalenzen in der persönlichen Lebensgestaltung bei ererbter Prädisposition zu neurotischen Reaktionen kennengelernt.

Die beiden folgenden Fälle (Fall 3 u. 4 v. Tab. III) sind Beispiele ausgeprägter Instinktunsicherheit (keine Ablösung vom ersten Geliebten).

Ma. Ko., 26 J.
Aufn.: 25. 7. 39. Entl.: 18. 8. 39.
Diagnose: Reaktiver Verstimmungszustand bei psychischer Retardierung und viriler Konstitution.
Konstitution: athletisch-schlank mit dysgenitalen Stigmen.
Vorgeschichte (Nach Angaben der Mutter der Patientin):
Mit 18 Jahren noch keine Regel, daher ins Krankenhaus nach H. In der Schule gut mitgekommen. Nicht sitzengeblieben. War immer „eigen", hatte ihren Kopf für sich, wollte ihn durchsetzen. Furchtbar reinlich, möchte nichts schmutzig machen, strickt nur feine Strümpfe. War gesellig, ging zum Tanzen, hatte Freundinnen. Hatte einen Liebsten im Dorf, Bruder ging mit dessen Schwester, die sollte auf ihren Hof, sie auf seinen. Ihre Tochter brachte aber nach Ansicht der zukünftigen Schwiegermutter zu wenig Geld mit, daher vor 2 Jahren Verhältnis gelöst. Tochter habe immer darüber nachgegrübelt, immerzu geweint, allen Leuten die Tür vor der Nase zugeschlagen. Wenn Mutter z. B. waschen wolle und es ihr auch gerade einfalle, weine sie so lange, bis sie ihren Willen bekomme. Macht was sie will, Ohrfeigen nützen nichts. Schläft bis 9 oder 10 Uhr, zieht sich lange an, arbeitet nicht auf dem Feld mit. In der Frauenklinik sei sie einmal zur Operation gewesen, hätte noch einmal wiederkommen sollen, sei aber nicht dazu zu bewegen gewesen. Vor einem Jahr etwa sei sie hier in der poli-

klinischen Sprechstunde gewesen, auch da habe sie sich geweigert, sich weiterbehandeln zu lassen. Jetzt könnten sie Pat. nicht länger zu Hause ertragen.

29. 7. 39. Körperlich ermattet.

2. 8. 39. Frisch, keine Klagen, hilft auf der Station mit, wirkt unneurotisch.

5. 8. 39. Wird anderen Pat. gegenüber frech, kommandiert sie.

14. 8. 39. Drängt nach Hause, will Stelle in der Stadt annehmen (es sei dort leichter, mehr Abwechslung), trotzdem ihre Hilfe zu Hause in der Ernte dringend nötig ist.

18. 8. 39. Entlassung.

Pat. ist 154 cm groß und wiegt 53 kg. Körperbauliches: Hochkopf, gerades Profil, breite niedrige Stirn, Stirnhöcker und Supraorbitalbögen wenig ausgebildet, Jochbögen betont. Mittlerer Knochenbau mit breitem Schultergürtel und relativ schmalem Beckengürtel, mittellange Extremitäten mit kurzen, breiten, plumpen Händen und Füßen. Haupthaar in Pelzmützenform angesetzt, starker Lanugo an Kieferwinkeln, virile Genitalbehaarung, starke Behaarung an den Beinen. Mit 18 Jahren Menarche noch nicht eingetreten; dann nach Behandlung unregelmäßige, schmerzhafte und starke Menstruationen.

Bei diesen körperlich vorwiegend dysgenitalen Stigmen finden sich p s y c h i s c h ausgesprochene Retardierungszeichen. Das trotzige Wesen, das Pat. zu Hause besonders der Mutter gegenüber und später in der Klinik zeigte, entspricht nicht dem Benehmen eines 26jährigen Menschen. Es kommt zum Vorschein, als der Mann, den Pat. als ihren Verlobten betrachtete, ein anderes Mädchen heiratet, das mehr Geld hat, um den verschuldeten Hof zu sanieren. Anstatt nun diesen Menschen bewußt vergessen zu wollen, läßt sich Pat. in eine Ressentimenthaltung hineintreiben. Diese äußerst sich in unleidlichem Benehmen und Arbeitsverweigerung den Eltern und Geschwistern gegenüber. Die Verstimmung steigert sich derartig, daß Pat. in dem geregelten häuslichen Betrieb schließlich nicht mehr tragbar ist. In der Klinik führt sie sich ähnlich auf: sie versucht, sich gegen die Hausordnung aufzulehnen, zeigt sich ungefällig, trotzig. Nach ihrem Freund befragt, meint sie, daß sie 10 andere hätte haben können und seinetwegen nicht genommen habe. Sie kann also die Ablösung von ihrem ersten Geliebten nicht finden, ihre nicht voll entwickelte Psyche gestattet es nicht. Mit normal ausgebildetem Instinkt- und Triebleben wäre sie — mehr oder minder bewußt — mit diesem Erlebnis fertig geworden.

Ma. Go., 26 J., Fabrikarbeiterin.
Aufn.: 12. 7. 39. Entl.: 15. 8. 39.
Diagnose: z. B. wegen Schizophrenie.
Konstitution: Infantilismus.

Ein weiterer Fall soll die Instinktlosigkeit bei konstitutioneller Retardierung als neurosebildenden Faktor herausstellen.

Pat. wird uns vom Erbgesundheitsgericht in H. als fragliche Schizophrenie eingewiesen. Im Krankenblatt finden sich folgende Angaben:

Vorgeschichte (nach Angaben der Pat.):

Sie sei die jüngste von 10 Geschwistern. An Kinderkrankheiten könne sie sich nicht erinnern. In der Schule habe sie mittelmäßig gelernt, ob sie sitzengeblieben sei, könne sie nicht angeben. Nach der Schulentlassung sei sie zuerst zu Hause gewesen, 1931 ging sie in die Fabrik. Dort habe sie bis zum vorigen Jahr gearbeitet. Dann sei es nicht mehr gegangen. (warum?) Sie sei zu schwach gewesen, es sei eben nicht mehr gegangen. Dann sei sie in ein Sanatorium in N. gekommen. „Da haben sie mich geholt von der Krankenkasse aus. Ein Soldat war auch dabei, hatten auch ein Messer mit. Ein junges Fräulein war auch da... Dann haben sie mich dahin gebracht... Weiß nicht, warum... Weiß nicht, wie das war..." Nach ihrem Aufenthalt im Krankenhaus befragt, ergeht sich Pat. weiter in diffusen amentiellen Aeußerungen. Auch kann sie keine Angaben über Dinge machen, die sich in ihrer augenblicklichen Umgebung befinden. Schließlich erzählt sie, sie habe 6 Jahre lang einen Freund gehabt, der sei Knecht bei einem Bauern gewesen. Sie hätten sich ab und zu getroffen, sich auch geschrieben, dann habe sie nichts mehr von ihm gehört. Nun hätte sie erfahren, daß er geheiratet und zwei Kinder habe. Auf die Frage, woher er die Kinder habe, wird Pat. ganz ratlos. Sie wisse nicht, wie man es mache, um Kinder zu bekommen. Sie wisse wohl, daß sie entbunden würden, nimmt es dann aber sofort wieder zurück. Irgend etwas mit Unkeuschheit habe es zu tun, das habe sie in der Schule gelernt. Pat. weiß tatsächlich nicht um die näheren Umstände der Fortpflanzung.

Ihren selbstgeschriebenen Lebenslauf hat sie ausführlich und in kindlicher Freimütigkeit verfaßt. Bezeichnend sind folgende Stellen:

„... Ich hatte einen Burschen kennengelernt. Er aber mußte auch dann zu Zihung. Da hat er mir noch barmal geschrieben. Auch ist er 2—3 mal gekommen. Da auf einmal habe ich gehört von den Leuten er hat noch eine andere nebenher. Er kam aber doch immer noch, so hab ich es nicht geglaubt. Und auf einmal war es doch so wie die Leute sachten. Und da hab ich mich so darüber aufgerecht, sodaß ich in der Fabrik nichts mehr Esen konnte und geweint habe, darüber bin ich so krank geworden. Da haben sie mich foriges Jahr im August nach K. gefahren. Da war ich ungefähr acht bis einfürtel Jahr. Da hatte ich noch mehr abgenommen, ich konnte nichts mehr Esen, ich hatte Heimweh. Ich bekam keine Post und durfte auch nicht schreiben, Keine Kleider begam ich, da hatte ich mich sehr darüber aufgerecht..."

Pat. hat dort ein ähnliches Zustandsbild geboten wie in unserer Klinik: Sie ist sich über Funktion und Bedeutung der sie umgebenden Menschen und Dinge nicht im klaren, empfindet dadurch alles als gegen sie gerichtet und verfällt so schließlich in einen ängstlichen, amentiell wirkenden Zustand. Diese mangelnde Kombinationsgabe kommt beim Binet'schen Versuch gut heraus: (Grußszene) „... Da sieht man, daß hier ein Junge ist mit der Tafel... ja, was will denn der eigentlich mit dem Jungen da?... und das Weib, die sieht so schlecht aus... weiß ich doch nicht, was das bedeuten soll... usw." Fragen aus dem Schulwissen werden ausreichend beantwortet. Lesen und Nachsprechen von Sätzen richtig ausgeführt.

In somatisch-konstitutioneller Hinsicht haben wir es mit einer ausgesprochen hypoplastischen Frau zu tun. Sie ist 146 cm groß und wiegt 50 kg. Der Kopf sitzt mit kurzem Hals auf dem breiten, wie ein Block wirkenden Rumpf. Die Behaarung weist deutliche Retardierungsstigmen auf: In der Achselhöhle fehlt sie fast vollständig, am Genitale ist sie spärlich, im ganzen Gesicht findet sich Lanugo. Auffallend ist die Pigmentierung des Gesichtes, die vielleicht von Funktionsstörungen der Nebenniere herrührt: Chloasma wie bei Schwangeren, Depigmentierungen um den Mund,

scharf mit der Nasolabialfalte abschneidend. Der stark positive Chvostek dürfte durch eine leichte Nebenschilddrüseninsuffizienz erklärt sein (Ca-Spiegel im Blut: 9,8 mg%). Das breite Gesicht hat eine uncharakteristische Fünfeckform und zeigt im Profil Hypoplasien: konkave amorphe Nase, kurze Oberlippe. Becken- und Schultergürtel sind breit, Extremitäten relativ kurz. Die Menarche trat mit 14—15 Jahren ein. Die gynäkologische Untersuchung ergab einen knapp bohnengroßen, retroflektierten Uteruskörper.

In psychischer Hinsicht haben wir es mit einer wenig differenzierten Persönlichkeit zu tun. Schwachsinn konnte durch eingehende Intelligenzprüfungen ausgeschlossen werden. Es ergab sich aber eine völlig fehlende Kombinationsgabe. Daß Pat. mit 26 Jahren über die Fortpflanzungsvorgänge kaum unterrichtet ist, läßt bereits auf eine Hemmung in der Entwicklung des Trieblebens schliessen. Pat. ist in einfachen Verhältnissen aufgewachsen. Aus ihrem ruhigen Dahinleben wird sie herausgerissen, als sie erfährt, daß der Mann, den sie als ihren künftigen Ehemann ansah, eine andere Frau heiratet. Seit Jahren kennt sie diesen Mann, hat ihre Möbelaussteuer bereits von ihrem Bruder schreinern lassen und nun steht sie plötzlich allein da. Dieses Erlebnis führt zu einer neurotischen Reaktion. Verstandesmäßig kann sie wegen ihrer geringen Kapazität nicht damit fertig werden; rein instinktmäßig ist es ihr wegen mangelnder psycho-physischer Reife nicht möglich. Ihr Triebleben scheint sich in diesem mißglückten Versuch, sich an einen Mann zu binden, erschöpft zu haben.

So versinkt Pat. in einen reaktiven depressiven Verstimmungszustand mit paranoiden Vorstellungen. Im Krankenblatt des Sanatoriums N. sind hysteriforme Züge aufgezeichnet: „Zuckungen der Arme mit Bewußtlosigkeit von etwa 10 Minuten Dauer". Entsprechend den geringen intellektuellen Fähigkeiten der Pat. ist ihre Neurose äußerst blaß und motivarm.

Auch bei der folgenden Pat. (Fall 5 von Tab. III) finden wir eine weitgehende Instinktunsicherheit, jedoch treten hier die Anpassungsschwierigkeiten im Lebensraum besonders kraß hervor.

Fr. Kü., 28 J., Elektriker-Ehefrau.
Aufn.: 21. 9. 39. Entl.: 16. 10. 39.
Diagnose: Hysterie bei einer infantilen, endokrin gestörten Pat.
Konstitution: leptosom.
Vorgeschichte (nach Angaben der Pat.):
Als Kind häufig krank gewesen. Nach der Schulentlassung außer Nähen nichts gelernt, weil der Stiefvater die Rente, die die Kinder als Kriegswaise bekamen, für sich behalten und nicht für eine Ausbildung ausgeben wollte. Als die Zahlungen aufhörten, als Kinderfräulein tätig gewesen, dann wieder zu Hause beschäftigt. Heiratete mit 21 Jahren einen Mann, der 1 Jahr jünger als sie war, Elektriker, nebenberuflich Musiker. Große Geldschwierigkeiten, außer etwas Wäsche keine Aussteuer vorhanden. Möbel auf Ratenzahlungen gekauft. Ratenrückstand kann nicht beglichen werden, weil

der Mann lange arbeitslos war; wenn er Arbeit hat, verbraucht er viel Geld für sich, ist leichtsinnig, bringt nur die Hälfte heim. Geht abends in Wirtschaften als Klavierspieler und gibt in schlechter Gesellschaft sein Geld aus. Schulden wachsen, Pat. geht daher in eine Fabrik und erledigt schriftliche Arbeiten in der Kontrolle. Mann seit 1. 8. nach Ostpreußen dienstverpflichtet, hat noch kein Geld geschickt. In letzter Zeit viel Aufregung, Gerichtsvollzieher. Außerdem gerichtliches Verfahren gegen den Mann, Grund gibt Pat. nicht an. Pat. fühlt sich jetzt schlapp und elend, kann nicht mehr arbeiten. Legte sich ins Bett, versäumte, sich Lebensmittelkarten zu besorgen, daher tagelang nichts gegessen.

Pat. spricht mit hoher kindlicher Stimme, bringt die einzelnen Worte mit Betonung heraus, und atmet forciert dazwischen. Die Unterhaltung ist durch Schwerhörigkeit der Pat. etwas schwierig, bei komplexbetonten Fragen hört sie besonders schwer.

Menarche mit 17 Jahren, regelmäßig aber schwach, seit der Heirat keine Menses mehr.

23. 9. 39. In Ohrenklinik zur Behandlung. — Pat. schildert ihren Mann näher: Seit er in Wirtschaften Klavier spielt, trinkt er viel und gibt viel Geld aus. Er sei leicht beeinflußbar. Sie versuche, immer einen guten Einfluß auf ihn auszuüben, er habe ihr oft versprochen, sich zu bessern, komme aber trotzdem oft mit leerer Lohntüte heim. Im Betrieb sei er auch unangenehm aufgefallen: Er habe Holz gestohlen, sei bei der Nachtschicht betrunken und schlafend vorgefunden worden. Aus der SA. sei er ausgeschlossen worden. Jetzt schreibe er aus dem Osten, Pat. solle auch dort hinkommen. Es sei aber nicht möglich, solange sie krank sei, sie wisse nicht, was sie tun solle.

25. 9. 39. Pat. liegt apathisch im Bett, das Gesicht zur Wand, ist sehr müde.

5. 10. 39. In der Frauenklinik wurde eine ausgeprägte Hypoplasie des Genitale festgestellt. Bei der Abderhalden'schen Reaktion auf Ovar negatives Resultat. Pat. will nicht aufstehen, versucht bei jeder Gelegenheit, wieder ins Bett zu kommen. Bei der ablehnenden Haltung ist es schwierig, Kontakt zu ihr zu bekommen. Subdepressiv, lahm im Affekt wie im Tonus. Schämt und weigert sich, über Angelegenheit mit ihrem Mann zu sprechen.

13. 10. 39. Heute ist Pat. etwas zugänglicher: Gegen ihren Mann schwebe ein Verfahren wegen eines Sittlichkeitsverbrechens an einem idiotischen Kinde. Pat. habe oft Kinder zu sich heraufgeholt, sie hätten beide ihre Freude daran gehabt.

15. 10. 39. Pat. ist aufgeschlossen. Man kann die Lage mit ihr besprechen. Sie sei unglücklich, weil sie kinderlos sei, ihr Mann auch.

16. 10. 39. Mann meldet telegraphisch seine Ankunft an und holt seine Frau nach Hause. Pat. wird unruhig, hat wieder ihre müde und leidende Haltung.

Es handelt sich um eine Pat. von leptosomer Konstitution. Der frontale Gesichtsumriß bildet eine steile Eiform, das Profil ist hypoplastisch: fliehende Stirn mit Pelzmützenbehaarung und genäherten Stirnhöckern, schlecht abgesetzte Nase. Die Extremitäten sind ziemlich lang und tragen nur mäßige Muskulatur von äußerst schlaffem, asthenischem Tonus. An Händen und Füßen starke Akrocyanose. Die dünne glatte Haut hat einen guten Turgor und ist papillenarm. Die Menarche setzte erst mit 17 Jahren ein; seit der Verheiratung sistieren die Menses vollständig. Diese Tatsache allein ist bereits ein wichtiger Hinweis: das endokrine System weist eine erhebliche Entwicklungsstörung auf und ist durch psychische Momente in besonders starkem Maße beeinflußbar.

Betrachten wir nun die äußeren Umstände, die Pat. in ihre Krankheit getrieben haben, von den inneren Gegebenheiten her. Zunächst scheinen finanzielle Not, Sorge und Aerger um den Mann im Mittelpunkt zu stehen. Geht man aber tiefer und fragt nach den Ursachen, die zu diesem Zustand geführt haben, so findet man eine weitgehende Unsicherheit im Instinktleben der Pat. Mit 21 Jahren verliebt sie sich in einen Mann, der 1 Jahr jünger ist als sie, seine Lehre als Elektriker gerade beendet hat und keinerlei Grundlagen für ein geordnetes Familienleben zu bieten hat. Ohne jegliche Ueberlegung wird geheiratet. Die Möbel kauft man auf Ratenzahlung, einige Wäschestücke stellen die vorhandene Aussteuer dar. Auf dieser Basis versucht man zu leben. Der Mann geht abends ins Wirtshaus, um dort Klavier zu spielen — nicht etwa, um mit dem verdienten Geld die Schulden zu bezahlen, sondern er vertrinkt und verspielt es, und am Lohntag kommt er außerdem mit leerer Lohntüte heim. Seine Frau versucht, einen guten Einfluß auf ihren Mann auszuüben; aber mit der Zeit entgleitet er ihr immer mehr. Man darf annehmen, daß er keine sexuelle Befriedigung bei seiner Frau findet, denn Pat. erwähnt einmal, daß sie keinerlei sexuellen Trieb verspüre. Auf die Frage, ob sie nicht fürchte, ihr Mann gehe zu anderen Frauen, meint sie resigniert: „Das ist mir einerlei, meinethalben kann er machen, was er will." Kinder zu bekommen, ist ihnen versagt, denn seit der Heirat ist Pat. nicht mehr menstruiert. Sie holen sich daher öfter Kinder von der Straße in ihre Wohnung und haben beide ihre Freude daran. Als der Mann dann dienstverpflichtet im Osten arbeitet, schickt er wochenlang kein Geld. Die Ratenrückstände wachsen immer mehr, Pat. arbeitet schließlich ohne Befriedigung in einer Fabrik; aber ihr kleiner Verdienst reicht gerade nur für den Lebensunterhalt aus. Zu dieser materiellen Not tritt dann noch eine seelische Belastung: Ihr Mann wird wegen eines Vergehens an einem idiotischen Kinde bei Gericht verklagt. Nun ist für Pat. das Erlebnismaß voll („ein Tropfen ist in die gesättigte Lösung gefallen", Kretschmer). Die Schwierigkeiten führen zu Komplexen, die sich stapeln ohne durchgearbeitet zu werden. Aehnlich wie bei einem Hasardspiel, an dem man nur noch teilnimmt, weil einem die Energie zum Aufhören fehlt — die drohende Katastrophe bereits dunkel vorausempfindend —, läßt sich Pat. immer weiter in die Schwierigkeiten treiben. Sie findet nicht den erlösenden Ansatz zu selbständigem Handeln (etwa Scheidung von dem Trinker, frühere Arbeitsaufnahme) und weiß schließlich keinen anderen Ausweg, als sich ins Bett zu legen, jegliche Selbständigkeit und Verantwortung aufgebend. Man wird an den „Totstellreflex" Kretschmers erinnert: wie ein Tier sich in seiner Höhle verkriecht, so zieht Pat. sich ins Bett zurück, keiner Ueberlegung mehr fähig. Suicidgedanken kommen ihr nicht, fatalistisch läßt sie das Leben weiter gehen. Sie versäumt, sich neue Lebensmittelkarten zu besorgen, ißt tagelang nicht und kommt dann schließlich in die Klinik.

Bei diesem Fall kommt die Korrelation Konstitution-Lebensraum besonders deutlich zum Vorschein. Geht man an den Anfang all der situativen Schwierigkeiten zurück, so steht da die Gattenwahl als Ausdruck einer völlig unsicheren Persönlichkeit. Eine erotisch voll empfindende Frau hätte wohl kaum für diesen leichtsinnigen Jüngling, der weder eine nur in etwa gesicherte Existenz, noch irgendeinen Beweis seiner Lebenstüchtigkeit erbracht hat, nähere Beziehungen angeknüpft, viel weniger ihn sofort geheiratet. Kü.s psychophysisch mangelhaft entwickelte Sexualität drängt sie zu einer Handlung, die einem Augenblicksgefühl entspringt. Mit dem nunmehr zugewiesenen Milieu kommen die dazu gehörigen Schwierigkeiten. Aus diesen herauszukommen, besteht — durch konstitutionelle Faktoren gegeben — nur begrenzte Möglichkeit. Die Konstitution also ist es, die hier in gleicher Weise „pathogenetische und pathoplastische Determinante" (Birnbaum) ist.

Die folgende Pat. (Fall 6 von Tab. III) bietet die körperlich schwerste Form der Retardierung (als Sondertypus im statistischen Teil erwähnt), die im Psychischen zu einer Gefährdung der charakterologischen Struktur führt.

Ir. Kö., 14 J., Schülerin.
Aufn.: 4. 3. 40. Entl.: 13. 3. 40.
Diagnose: Moral insanity in der Pubertät bei starker Retardierung.
Konstitution: asthenisch-retardiert.
Vorgeschichte (nach Angaben der Mutter):
Ihre Tochter sei seit dem November v. J., seit dem im Orte Soldaten liegen, völlig hemmungslos. Sie mache sich an die Soldaten heran, spreche sie an und rede mit ihnen von geschlechtlichen Dingen. In der Stadt habe sie erzählt, sie habe einen Soldaten beim Geschlechtsverkehr beobachtet, und sie selbst wäre mit einem Soldaten verlobt und erwarte ein Kind. Zu Hause habe ihre Tochter nichts von alledem erzählt, sie habe es erst durch den Schulrektor erfahren. In der letzten Zeit schien das Kind viel zu lügen, und alle möglichen Ausreden anzuwenden um von zu Hause fortzukommen. Sie habe nie gleichaltrige Freundinnen gehabt, sondern immer Mädchen im Alter von 17—20 Jahren, die in keinem guten Rufe standen. Als kleines Kind habe sie die Masern gehabt. Sie habe immer schlecht gegessen und sei deswegen öfters beim Arzt gewesen. Die Menarche trat sehr früh ein, mit $11^1/_2$ Jahren. Die Periode war dann in der ersten Zeit sehr unregelmäßig, meistens alle 14 Tage, jetzt etwa alle 3—4 Wochen. Pat. sei ein lebhaftes Kind gewesen und habe immer mehr geredet als nötig. Pat. habe einen 19jährigen Bruder, der auch mit 15/16 Jahren aufgefallen sei: er habe sich an Mädchen herangemacht, sie belästigt, bis eine ihn angezeigt habe (anscheinend hat er sich ihnen in exhibitionistischer Weise genähert). Der Junge sei dann bis zu seinem 18. Lebensjahr in der Fürsorge gewesen und vor einem Jahr heimgekommen. Zu Hause habe er bald wieder Streiche gemacht und sei dann zu einem halben Jahr Gefängnis verurteilt worden.

6. 3. 40. Pat. findet sich mit der neuen Situation schnell ab und lebt sich auf der Station rasch ein. Scheu oder Befangenheit kennt sie nicht. Sie macht sich gern wichtig, läuft dauernd auf dem Flur umher, um die Schwestern zu dieser oder jener Pat. zu rufen. Sie sieht sich neugierig alles an, ist überall mit dabei. Pat. schreibt viele Briefe an ihre Bekannten, besonders an einen Freund, dem sie von der Klinik und sich selbst erzählt.

So schreibt sie z. B. — wohl um ihren Aufenthalt in der Nervenklinik zu vertuschen — sie sei am Blinddarm operiert worden, habe anfangs große Schmerzen gehabt, bald würden die Fäden gezogen, dann dürfe sie wieder aufstehen. Auf dem Saal schließt sie sofort Freundschaft mit Pat., die gern über sexuelle Dinge reden. Obwohl die Schwestern bemüht sind, sie in andere Umgebung zu bringen, sitzt sie doch immer wieder bei diesen Pat. am Bett, tuschelt und lacht mit ihnen. Pat. hat gar kein Gefühl und Verständnis für das Abwegige ihres Verhaltens. Sie gibt große Geschichten zum besten, um ihre Handlungsweise zu rechtfertigen: das ganze Gerede sei nur gekommen, weil sie mit einem Soldaten ein Stück Weges zusammengegangen sei. Er habe beim Verabschieden gefragt, ob sie sich nicht am Abend treffen könnten. Sie habe aber gesagt, sie dürfe abends nicht heraus, und als er gefragt habe, ob sie sich nicht am Tage treffen könnten, habe sie auch abgelehnt. Sie habe aber in der letzten Zeit öfter seine Kameraden gefragt, wie es ihm gehe, da seien die wohl auf den Gedanken gekommen, es müsse etwas vorgefallen sein zwischen ihnen. Sie hätten es dann dem Herrn Leutnant gemeldet und der Herr Leutnant wäre darauf zum Schulrektor gegangen. Sie sei dann von beiden verhört worden, und als dann der Soldat bei der Vernehmung genau dasselbe wie sie gesagt habe, habe man geglaubt, sie hätten sich das vorher abgemacht. Das stimme aber nicht, denn sie hätten sich wirklich nur das eine Mal gesehen. Das ganze habe ein Kamerad angestiftet, der neidisch auf den anderen, hübscheren gewesen sei. Pat. sagt auf Befragen, sie interessiere sich erst für die Soldaten, seitdem sie aufgeklärt worden sei (von einem Mädchen in ihrem Alter vor einem halben Jahr). Sie sei daraufhin so neugierig geworden, sie interessiere sich schrecklich für diese Dinge.

Bei der Intelligenzprüfung drücken sich das fahrige Wesen der Pat. und der Mangel an Konzentrationsfähigkeit gut aus. Der Jung'sche Assoziationsversuch bringt nichts Neues.

Pat. wurde gestern im Kolleg vorgestellt und erzählte ohne Scheu, weshalb sie hier sei.

Pat. freut sich, nach Hause zu kommen, fragt aber immer wieder, ob die Mutter die Briefe an den Freund (der üble sexuelle Dinge enthielt), auch wirklich zu sehen bekomme, sie brauche das gar nicht zu wissen. Der Mutter wird geraten, die Tochter in Fürsorgeerziehung zu geben.

Körperbauliches: Pat. ist 157 cm groß und wiegt 41,2 kg. Die Kopfform ist die eines kleinen Rundkopfes (Schädelumfang 52,8 cm), der frontale Gesichtsumriß bietet eine verkürzte Eiform. Die Stirn ist niedrig und schmal, die Stirnhöcker sind genähert. Niedrig und flach ist das Mittelgesicht. Die kurze Nase ist konkav, die Nasenflügel sind gebläht. Das zurückliegende Kinn ist klein und spitz. Das Profil ist hypoplastisch.

An der Behaarung finden sich typische Retardierungsstigmen: das feine Haupthaar setzt in ausgesprochener Pelzmützenform an, Lanugo an Kinn, Wangen, Oberlippe, besonders stark an Rücken, Leib und Mammillen, Armen und Beinen.

Die Schilddrüse ist diffus vergrößert, Protrusio bulbi, Glanzauge. Extreme Magerkeit. Trockene Haut.

Die Menarche hat stark verfrüht mit $11^1/_2$ Jahren eingesetzt, unregelmäßige Menstruationen.

Psychisches. Offensichtlich ist bei der äußerlich manifestierten Entwicklungshemmung der Patientin die Sexualentwicklung im Sinne einer einseitigen sexuellen Erregbarkeit gestört. Als vitale

Aeußerung ist die Sexualität polar angelegt, aus Trieb und Hemmung bestehend. Die Teilkomponente der psychischen Hemmung ist bei der Pat. nicht zur Ausbildung gelangt. So resultiert dann das Bild eines sexuell völlig unbeherrschten Menschen, dem jegliches Schamgefühl fehlt, der sich zügellos preisgibt und schließlich asozial und kriminell wird. Auffallend ist es, daß bei einem Bruder in der Pubertätszeit die gleichen Erscheinungen auftraten.

Den körperlichen Einteilungskreisen parallel gehend lassen sich auch psychisch enge und weite Kreise aufstellen. Nehmen wir als prägnanteste psychophysische Entwicklungsstörung den „Defekt des engeren Sexualtriebes", so ordnet sich um diesen der „Defekt im weiteren Instinktkreis" gleich einem größeren konzentrischen Kreis um einen kleineren.

Für das psychophysische Sexualverhalten der Gruppe der Defekte im engeren Sexualtrieb ist das Fehlen einer klaren Ausrichtung auf das andere Geschlecht charakteristisch. Weit über die Pubertätszeit hinaus persistieren hier jungmädchenhafte Schwärmereien. Oft bilden sich eigenartige Formen von „Fernliebe" heraus, die die verkümmerte sexuelle Entwicklung deutlich widerspiegeln. Zu einer ernsthaften Bindung nicht fähig, versuchen sie überkompensierend ungewöhnlich hohe Lebensziele zu erreichen (Fall 2), die oft in erheblichem Widerspruch zu den vorhandenen Fähigkeiten stehen. Mit großem Ehrgeiz und kindlich wirkendem Trotz wird an den Plänen festgehalten, ohne sich der tatsächlichen Gegebenheiten bewußt zu werden.

Das körperlich schwerste Retardierungssyndrom (vergl. Sondertypus bei Retardierungen im engeren Sinne) hat psychisch eine relativ gravierende Richtungsprognose. Diese ist durch schwere Pubertätskrisen (Elternprotest deutlichster Prägung, folgenschwere Primitivreaktionen), ferner durch einzelne genuinkriminelle Entwicklungsformen gekennzeichnet. Es ist die fehlende Ausbildung der natürlichen Hemmung des Sexualtriebes, die hier oft zu einer sexuell-kriminellen Verhaltungsweise führt (Fall 6). Die aktive Komponente des Sexualtriebes ist der psychischen in ihrer Entwicklung weit voraus. Dadurch ist die polargegensätzliche Struktur des Sexualtriebes nicht in Erscheinung getreten. Es überwiegt vielmehr ein Teil — und zwar der aktiv-körperliche — derartig stark, daß das sonst so fein regulierte und gut abgestimmte sexuelle Gesamtverhalten in kraß hervortretender Weise gestört ist. Diese Menschen werden sich ihrer abwegigen Haltung kaum bewußt. In der frühen Pubertätszeit werden sie zum erstenmal auffällig, machen dann eine schwere, krisenreiche Zeit durch, kommen mit der Polizei in Konflikt und werden schließlich oft in Erziehungsanstalten gewiesen. Das jeweilige Milieu ist nicht ohne Einfluß auf die Entwicklung dieser schweren Entgleisung.

Zu der zweiten Gruppe (Defekte im weiteren Instinkt-

kreis) zählen vorwiegend die Pat. dieses Materials. Sie sind für die Ausbildung einer Neurose am besten disponiert.

Der gesamte psychische Funktionsablauf ist hier seit der Pubertät nicht wieder in gleichmäßige Bahnen gekommen. Ist es normalerweise so, daß nach mehr oder weniger tiefgreifenden intrapsychischen Spannungen der Pubertätszeit schließlich doch eine ausgeglichene Haltung dem persönlichen Leben und der Umgebung gegenüber gefunden wird, so sehen wir bei den konstitutionellen Retardierungen gerade in diesen Bereichen Fortbestehen von teilinfantilen bezw. — juvenilen Verhaltungsweisen: einerseits weit über die normale Zeit hinausgehende Elternbindung — andererseits Elternprotest, der sich von dem oppisitonsliebenden Betragen Jugendlicher im Pubertätsalter in keiner Weise unterscheidet. Auf der einen Seite überstürzte Gattenwahl — auf der anderen Erschöpfung und Hilflosigkeit in Verlobungs- und Ehesituationen.

Gerade bei diesen psychischen Funktionen tritt die Unebenmäßigkeit der Entwicklung in Erscheinung und führt so schließlich zu sekundären Störungen der Lebensanpassung. Adlersche Mechanismen stören das Persönlichkeitsbild, Ressentiments die zwischenmenschlichen Beziehungen, leere Wunschträumereien lassen diese Menschen nicht zu aktiver Lebensgestaltung kommen.

So leben sie in dauernden Konflikten mit sich und ihrem Lebensraum. Mit dem ausgereiften Teil ihrer Konstitution die ihnen zukommenden Aufgaben wohl empfindend, versagen sie bei deren Ausführung mit ihren teilgehemmten Entwicklungsbestandteilen. Diese inneren Konfliktslagen und Ambivalenzen verbrauchen ihre ohnehin geringe psychische Reservekraft. So können Situationen, die vom vollentwickelten Menschen ohne große Schwierigkeiten überstanden werden, rasch eine neurotische Reaktion entstehen lassen.

Es sind also die Diskrepanzen im psycho-physischen Untergrund der Persönlichkeit, die über typische Konfliktslagen in sich und mit dem Lebensraum schließlich zur Ausbildung einer Neurose führen.

Zusammenfassung.

An Hand von Krankenblättern und Konstitutionsbögen wurde die Gruppe der „Neurosen im engeren Sinne“ der Jahrgänge 1938/39 und 1939/40 der Universitäts-Nervenklinik Marburg auf konstitutionelle Stigmen durchgesehen.

Es ergab sich, daß etwa 80% dieser Pat. Entwicklungsstörungen und endokrine Stigmen aufwiesen. Die Zahl der konstitutionell retardierten Pat. betrug etwa soviel wie die der endokrin-labilen.

Körperliche Retardierungsstigmen wurden bei dem Material des Jahrganges 1939/40 einzeln angegeben und darüber hinaus die ge-

samte Gruppe der „Neurosen im engeren Sinne“ in Tabellen vorgeführt.

Es wurden 6 Fälle mit körperlich und psychisch-typischen Retardierungsstigmen vorgestellt. Die immer wiederkehrenden körperlichen Retardierungsstigmen wurden als Retardierungen im engeren und weiteren Sinne in zwei Kreisen zusammengefaßt, psychisch Defekte im engeren Sexualtrieb und weiteren Instinktkreis unterschieden.

Am Ende dieser Arbeit möchte ich Herrn Prof. Dr. Kretschmer für seine freundlich gewährten Anregungen und Herrn Dozent Dr. Conrad für seine Unterstützung bei der Aufstellung der Statistik meinen ergebenen Dank aussprechen.

Literatur.

Birnbaum: Der Aufbau der Psychose. Berlin, Verl. Jul. Springer 1923.

Eitner: Diagnosen-Statistik der psychiatrisch-neurologischen Klinikaufnahmen. Diss. Marburg 1940.

Curschmann: Endokrine Krankheiten. Dresden u. Leipzig 1936. Med. Praxis Sammlung für ärztl. Fortbildung.

Kauders: Keimdrüse, Sexualität und Zentralnervensystem. Berlin 1928. Verl. v. S. Karger.

Klieneberger: Psyche und innere Sekretion. Halle a. S. 1927. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung.

Kretschmer: Die konstitutionelle Retardierung und das Problem des sozialen Kontaktes. „Gesundheit u. Wohlfahrt“, Jahrg. 1939, Heft 8/9. Art. Institut Orell Füßli A.-G., Zürich.

—— Die typischen psychogenen Komplexe der Erwachsenen als Wirkung juveniler Entwicklungshemmungen. Berlin 1930, Otto Elsner Verlagsbuchhandlung.

—— Ueber Hysterie. Leipzig 1927, Verlag Georg Thieme.

—— Körperbau und Charakter. Berlin 1940, Jul. Springer.

—— Medizinische Psychologie. Leipzig 1941, Verlag Georg Thieme.

—— Der Sensitive Beziehungswahn. Berlin 1927, Jul. Springer.

Kronfeld: Ueber psychosexuellen Infantilismus. Ernst Bircher Verlag, Bern 1921.

Spranger: Psychologie des Jugendalters. Leipzig 1926, Verl. Quelle und Meyer.

Lebenslauf

Am 30. 7. 1918 wurde ich als Tochter des Rechnungsführers der Zeche „Westfalen" Heinrich Diekmann und seiner Ehefrau Klara, geb. Dieckmann in Ahlen-Westf. geboren. Nach dem Besuch der Volksschule und des Lyzeums in Ahlen kam ich mit 14 Jahren auf das Städt. Oberlyzeum in Hamm-Westf. und machte dort 1937 mein Abitur. Nach der Arbeitsdienstzeit begann ich mit dem medizinischen Studium an der Universität Münster und legte dort 1938 das Vorphysikum und 1939 das Physikum ab. Die klinischen Semester belegte ich in Wien, Münster, Prag und Marburg-L. Meine Pflichtfamulatur leistete ich in der Chirurgischen Universitäts-Klinik Tübingen, der Kinderheilstätte Wangen-Allgäu und der Universitäts-Nervenklinik Marburg-L. ab.

Meine akademischen Lehrer waren:

in Münster:

vorklinisch: Heiderich, Lehnartz, Mevius, Micheel, Schütz, Trautz, Weber;

klinisch: Coenen, Esch, Jötten, Klinge, Lendle, Moncorps.

in Wien:

Chiari, Eppinger, Rößler, Schönbauer, Weibel.

in Prag:

Bennholdt, Hamperl, Knaus, Kraus, Rieger, Thomsen.

in Marburg-L.:

Bach, Baumann, Becker, Conrad, Gremels, Grueter, Kestermann, Klapp, Klewitz, Kretschmer, Ruete, Schwenkenbecher, Uffenorde, Versé, Winkler.